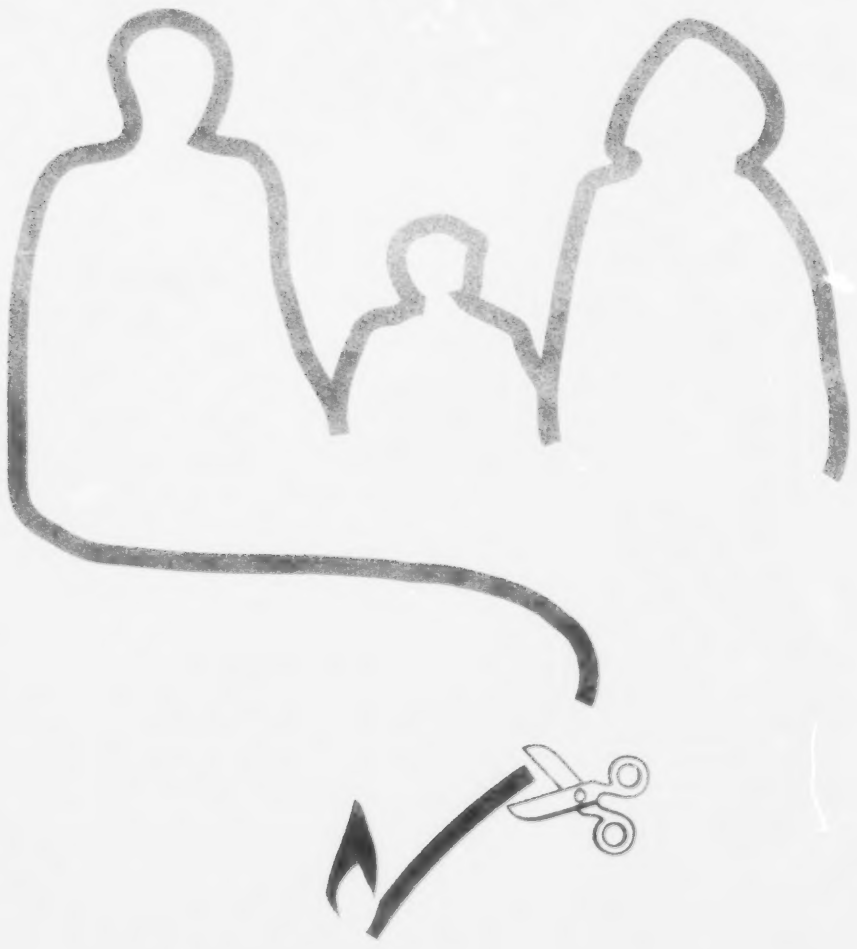
Gouvernement du Canada
Government of Canada

La Conférence nationale sur la violence familiale 1989: main dans la main 18 au 21 juin 1989

Document de travail:
les mauvais traitements infligés aux personnes âgées



Canada

LES MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGES AUX PERSONNES AGEES

DOCUMENT DE TRAVAIL

Préparé par:

Nancy Gnaedinger, BA, MA
The DPA Group Inc.
Ottawa

Préparé pour:

LA CONFERENCE NATIONALE SUR LA VIOLENCE FAMILIALE
"MAIN DANS LA MAIN"
18-21 juin 1989

Document de travail rédigé à l'intention de la
Division de la prévention de la violence familiale
Santé et Bien-être social Canada

Mai 1989

Ce document n'engage que la responsabilité de son auteur et
ne reflète pas nécessairement la position du Ministère.

TABLE DES MATIERES

RESUME i

1. INTRODUCTION 1

1.1 Définition 1
1.2 Les mauvais traitements aux personnes âgées comme forme de violence familiale 2
1.3 Prise de conscience du problème des mauvais traitements aux personnes âgées 3
1.4 Fréquence et nature des cas de mauvais traitements aux personnes âgées 3

2. PRISE DE CONSCIENCE, EDUCATION ET FORMATION 7

3. DEPISTAGE 8

4. SIGNALEMENT OBLIGATOIRE ET LEGISLATION PROTECTRICE 11

4.1 Principaux obstacles au signalement 11
4.2 Qui signale les cas de mauvais traitements aux personnes âgées ... 12
4.3 Signalement obligatoire 12

5. INTERVENTION ET TRAITEMENT 13

6. PREVENTION 15

7. RECHERCHE 18

8. MESURES ADOPTEES PAR LE CANADA 19

9. COMMENTAIRES FINAUX 20

BIBLIOGRAPHIE 22

APPENDICES

APPENDICE 1: LES DILEMMES SOULEVES PAR LES MAUVAIS TRAITEMENTS AUX PERSONNES AGEES
APPENDICE 2: FICHE DE RENSEIGNEMENT: LA PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE SUR LES MAUVAIS TRAITEMENTS ENVERS LES PERSONNES AGEES
APPENDICE 3: FICHE DE RENSEIGNEMENT: PREVENTION
APPENDICE 4: FICHE DE RENSEIGNEMENT: DEPISTAGE ET SIGNALEMENT

RESUME

Les mauvais traitements infligés aux personnes âgées: le problème

Il n'existe pas de définition normalisée de l'expression "mauvais traitements infligés aux personnes âgées". La plupart des études et des discussions menées à ce sujet incluent dans ces mauvais traitements la violence physique et la violence psychologique. D'autres mentionnent l'exploitation financière et la négligence. Les genres et les indices de mauvais traitements infligés au aînés varient selon les études et les discussions menées, de sorte que les résultats de recherche paraissent souvent contradictoires.

Certains résultats constants, toutefois, révèlent que les mauvais traitements dont sont victimes les personnes âgées présentent plusieurs caractéristiques communes à d'autres formes de violence familiale. Les victimes comme les familles sont isolées socialement et parfois géographiquement. Les victimes se trouvent en position de faiblesse, d'impuissance et de dépendance par rapport aux agresseurs. Très souvent, les agresseurs ont des antécédents: alcoolisme, désordres psychologiques, manque d'estime de soi ou chômage; et il y a fréquemment un passé de violence familiale. Dans de nombreux cas, les mauvais traitements infligés aux personnes âgées sont la forme vieillie de la violence faite aux conjoints. D'un autre côté, il s'agit d'un problème unique en ce qu'il peut se présenter, comme on le sait, hors du cercle familial, dans les établissements.

On ignore combien d'aînés au Canada sont victimes de mauvais traitements. Santé et Bien-être social Canada a approuvé récemment une enquête téléphonique nationale qui sera menée auprès de 2 000 personnes et qui a été conçue dans le but de déterminer la prévalence des mauvais traitements infligés aux personnes âgées. L'étude devrait donner des résultats de grand intérêt au cours de la présente annnée.

Les mauvais traitements infligés aux aînés représentent plus qu'un simple problème social ou médical - ils sont souvent le fait d'un comportement criminel. Notre Code criminel traite de la plupart des types de mauvais traitements qui existent dans notre pays à notre connaissance.

Bien d'autres aspects de la question des mauvais traitements infligés aux personnes âgées méritent l'attention; à savoir: la nécessité d'une prise de conscience, l'éducation de la population et la formation; les obstacles posés au dépistage et l'absence de lignes directrices en ce domaine; l'absence d'un protocole de signalement des cas; la question controversée de l'établissement de mesures législatives protectrices et du signalement obligatoire; les divers modèles d'intervention et de traitement; les éléments d'une stratégie de prévention; enfin, les difficultés que présente une recherche valide et fiable sur les mauvais traitements infligés aux aînés.

Mesures prises face au problème des mauvais traitements infligés aux personnes âgées

Au niveau international, le Canada a placé la question de la violence familiale à l'ordre du jour des discussions, en tant que problème social majeur. Au

niveau national, le gouvernement fédéral s'est engagé à consacrer 40 millions de dollars, répartis entre six ministères fédéraux, au cours des quatre prochaines années (1988-1992), pour aider à faire face aux différent aspects du problème de la violence familiale. A Santé et Bien-être social Canada, la Division de la prévention de la violence familiale a mené des consultations partout au Canada sur la question des mauvais traitements infligés aux aînés; elle a constitué et mis à la disposition du public un centre de documentation sur la quesiton et elle a organisé une conférence nationale sur la violence familiale au cours de laquelle sera abordée la question des mauvais traitements infligés aux personnes âgées. En outre, Santé et Bien-être social Canada offre des contributions financières, par l'intermédiaire du programme Nouveaux Horizons, du Programme pour l'autonomie des aînés et de la Division de la prévention de la violence familiale, aux groupes admissibles dont les projets contribuent à la lutte contre le problème des mauvais traitements dont sont victimes les personnes âgées.

Certains gouvernements provinciaux ont adoptés des dispositions législatives reconnaissant expressément l'existence des mauvais traitements infligés aux aînés et la vulnérabilité de ces derniers; tel est le cas de l'Ontario, de la Nouvelle-Ecosse, de l'Ile du Prince-Edouard, du Nouveau-Brunswick et de l'Alberta. D'autres provinces et territoires travaillent présentement à l'élaboration d'un ensemble de mesures législatives sur la question, ou encore ils on commandé des études et publié des rapports et des fiches de renseignements à ce sujet.

Les mesures prises par les communautés face au problème des mauvais traitements infligés aux personnes âgées sont très variées: programmes d'action sociale et juridique pour les aînés; initiatives de sensibilisation et d'éducation du public; services de protection des adultes, offerts dans le contexte des services multidimensionnels pour les personnes âgées; programmes éducatifs et documentation, mis au point à l'intention de groupes professionnels définis (par exemple, la police); élaboration de protocoles de dépistage et le signalement des cas pour les organismes de service social et les établissements de soins de santé; promotion, parmi les groupes professionnels, de la recherche et de la communication sur tous les aspects du problème; grande diversité, enfin, de programmes, de services et d'initiatives, créés aux différents niveaux de la province, de la région, de la communauté et des organismes.

1. INTRODUCTION

Au cours des deux dernières décennies, le mythe de la famille comme havre de paix a, maintes et maintes fois, volé en éclats. On a d'abord identifié les mauvais traitements envers les enfants, ensuite le cas des femmes battues et maintenant les mauvais traitements aux personne âgées comme problèmes sociaux et de santé faisant partie du problème plus général de la violence familiale.

En matière de mauvais traitements aux personne âgées (définition, prise de conscience du problème, dépistage, signalement, traitement, prévention), nous somme aussi peu avancés, en 1989, que nous l'étions il y a 20 ans au sujet des mauvais traitements aux enfants: nous manquons de connaissances générales, de données fiables, de consensus sur les causes et les solutions.

1.1 Définition

Il n'existe pas de définition normalisée de l'expression "mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées". Le présent dossier a emprunté une définition générale à un document de discussion du gouvernment de la Saskatchewan datant de 1986.

> Les mauvais traitements aux personnes âgées sont des torts causés à un adulte vulnérable, principalement ou partiellement en raison de son âge. Les mauvais traitements comprennent non seulement des torts physiques, mais aussi des torts psychologiques, de l'exploitation financière et de la négligence.

La plupart des études et des discussions sur les mauvais traitements aux personnes âgées comprennent les deux composantes suivantes:

- les mauvais traitements physiques (douleurs ou dommages physiques, traitements brutaux, rudoiements, poussées, claques, pincements, coups, coups de pied, restriction à la liberté de mouvement, agressions sexuelles) infligés volontairement et directement; et

- les mauvais traitements psychologiques (claustration, insultes, menaces, cris et réprimandes, traitements infantiles, privation d'affection ou d'égards).

De plus, les recherches et les discussions sur les mauvais traitements aux personnes âgées mentionnent souvent les deux éléments suivants:

- l'exploitation financière ou matérielle (par exemple, vol ou détournement d'argent ou d'objets de valeur, appartenant à la personne âgée, par un parent ou une personne qui en prend soin); et

- la négligence (non-satisfaction des besoins vitaux, tels que chauffage, vêtements, nourriture, conditions d'hygiène; privation de rapports sociaux).

Les genres de mauvais traitements et de négligence à l'égard des personnes âgées varient selon les études et les discussions (Finkelhor et Pillemer, 1987;

Hirst et Miller, 1986; Giordano et Giordano, 1984). Les résultats des recherches ne peuvent être comparés efficacement et semblent très souvent contradictoires parce que les paramètres ne sont pas définis de façon uniforme et que les tests relatifs à plusieurs genres de mauvais traitements et de négligence ne sont pas fiables (Hudson et Johnson, 1986).

On a préféré, dans la version anglaise du présent dossier, se servir des expressions "abuse" (mauvais traitements) et "neglect" (négligence) plutôt que "elder maltreatment" (mauvais traitement aux personnes âgées), qui avait été proposé comme expression générale (Hirst et Miller, 1986) pour désigner les différents types de mauvais traitements et de négligence; en effet "maltreatment" semble trop faible par rapport à "abuse" et à "neglect" pour décrire les traitements odieux, et parfois criminels, que l'on inflige aux personnes âgées.

1.2 Les mauvais traitements aux personnes âgées comme forme de violence familiale

Les mauvais traitements aux personnes âgées présentent plusieurs caractéristiques communes à d'autres formes de violence familiale (Bolton et Bolton, 1987): les victimes et les familles sont, les unes et les autres, isolées socialement et parfois géographiquement; les victimes se trouvent en position de faiblesse, d'impuissance et de dépendance par rapport aux coupables; les mauvais traitements surviennent lorsque les membres de la famille, qui sont sensés en être responsables, manquent de ressources matérielles, sociales, psychologiques ou financières pour s'occuper efficacement des autres membres de la famille; les coupables sont souvent des antécédents, tels que l'abus d'alcool, des désordres psychologiques, peu d'estime de soi et le chômage; il y a fréquemment un passé de violence familiale; et l'écrasante majorité des victimes est constituée de femmes.

Le problème des mauvais traitements aux personnes âgées est également unique à plusieurs égards (Christ, 1981; Steinmetz, 1981).

La situation des victimes, personne âgées maltraitées par leurs enfants, est en effet unique. Elles vivent l'oppobre d'avoir élevé un enfant qui les maltraite. L'état de dépendance a souvent été inversé, et les parents âgés, devenus dépendants d'un enfant, en sont probablement meurtris. Les personnes âgées sont plus susceptibles de dépendre d'autrui que celles d'autres groupes d'âge (à l'exception des très jeunes enfants) dans leurs activités quotidiennes, en raison d'incapacités physiques ou de facultés intellectuelles amoindries. A mesure qu'elles vieillissent, elles voient leurs rapports sociaux et le réseau d'entraide avec leurs semblables s'effriter, du fait que leurs amis réduisent, d'une forme ou d'une autre, leurs activités ou meurent.

La situation des membres de la famille qui s'occupent de parents âgés dépendants est également unique. Ils sont parfois âgées et infirmes eux-mêmes, ou se trouvent dans une situation de "double responsabilité": on attend d'eux qu'ils soignent à la fois les enfants et les parents. Les parents, plus âgés et infirmes, sont bien moins intéressants que les jeunes enfants, en raison du type de dépendance, autant pour les responsables des soins que pour notre culture en général. Le déclin physique et mental des personnes âgées est un

processus inverse de la croissance et de l'apprentissage des enfants, et peut, par conséquent, décourager les personnes qui dispensent de l'aide.

Le problème est également unique parce que, comme on le sait, les personnes âgées peuvent aussi être maltraitées hors du cercle familial. Elles peuvent avoir à vivre dans des établissements, où leur isolement est aggravé par un processus de dépersonnalisation. D'une part, le personnel y est souvent aussi peu formé que les non-professionnels qui s'occupent des personnes âgées dans la famille; d'autre part, chaque intervenant doit s'occuper de beaucoup plus qu'une personne. Il en résulte que les personnes âgées sont parfois victimes de négligence ou de mauvais traitements psychologiques ou physiques.

Les mauvais traitements aux personnes âgées ont donc des caractéristiques communes à d'autres formes de violence familiale, mais ce type particulier de problème social comporte aussi des dilemmes uniques.

1.3 Prise de conscience du problème des mauvais traitements aux personnes âgées

Pour au moins quatre raisons, les mauvais traitements aux personnes âgées ont attiré l'attention particulière du public, des chercheurs, des législateurs, des décideurs et des professionnels de la santé (selon Pillemer et Finkelhor, 1987). Premièrement, la croissance phénoménale de la population âgée a provoqué une augmentation considérable du nombre des personnes qui, à titre individuel ou professionnel, se sentent concernées par le vieillissement. Deuxièmement, le pouvoir politique des personnes âgées fait que l'on accorde à leur bien-être plus d'attention politique. Et enfin, l'Etat consacre toujours plus d'efforts à la protection des citoyens vulnérables.

Les mauvais traitements aux personnes âgées concernent particulièrement les Canadiens. Les recherches ont révélé que ce sont généralement les plus âgés, ceux qui ont plus de 75 ans, qui sont le plus vulnérables aux mauvais traitements (Douglas, 1983; Giordano et Giordano, 1984). Ce secteur de la population canadienne accuse une croissance plus rapide que tout autre secteur, soit de 3,5 % par an, comparativement à 1 % pour l'ensemble de la population (Stone et Fletcher, 1986:1.2). Si l'on ajoute à ce facteur le manque de formation, d'aide à la famille et de personnes rémunérées pouvant s'occuper de personnes âgées fragiles et infirmes, ainsi que l'isolement de tant de familles dans un vaste pays au climat dur, on se rend compte que les conditions favorables aux mauvais traitements existent.

1.4 Fréquence et nature des cas de mauvais traitements aux personnes âgées

On ne connaît pas la fréquence des cas de mauvais traitements aux personnes âgées survenant au Canada. Une étude exploratoire réalisée au Manitoba (Shell, 1982) stipule que 2,2 % de la population âgée est victime d'abus. D'autres études canadiennes révèlent que les abus et la négligence à l'endroit de personnes âgées présentent un problème (Bélanger, Montrèal, 1980; Haley, Nouvelle-Ecosse, 1984; King, McGrath et Block, Manitoba, 1981-84; Ministère des Services sociaux et communautaires, Ontario, 1985; Stevenson, Alberta, 1985- selon les relevés de Moore et Thompson, 1987; 115-117) bien que les limites

méthodologiques de ces études ne nous permettent pas de généraliser les résultats de leurs découvertes.

La fréquence des abus dans les études américaines, vaire de 4,1 % (Giordano et Giordano, 1981) à 10 % (Steinmetz, 1981). Ces nombres doivent être considérés avec circonspection cependant étant donné que la définition des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées et la prise d'échantillons peuvent varier. Il a aussi que les systèmes de santé et services sociaux de mêmem que la sécurité sociale des Etats-Unis diffèrent grandement de ceux du Canada, ce qui a pour effet d'affaiblir les comparaisons entre problèmes sociaux et d'hygiène publique entre les deux pays.

Jusqu'à récemment encore, on traçait le portrait suivant de la victime type de mauvais traitements: il s'agissait d'une femmes, veuve, de plus de 80 ans, disposant de peu de moyens financiers, physiquement ou intellectuellement affaiblie, très dépendante et vivant avec ses enfants. Les traits dominants de sa situation étaient l'isolement et la dépendance.

Le coupable était généralement décrit comme un membre de la famille, fils ou fille, d'âge moyen ou plus vieux, ayant peut-être été maltraité dans son enfance. Il manquait de ressources: connaissances, espace, aide, temps, argent ou désir de s'occuper efficacement et affectueusement du parent dépendant, entre autres. De plus, la famille buvait, ou souffrait de problèmes mentaux.

Le contexte psychosocial typique était souvent du genre où les conflits familiaux et le stress se terminaient ordinairement de façon violente, et ce, depuis plusieurs générations. Dans les cas d'exploitation financière, la victime type disposait de biens (un logement, de l'argent ou les deux), et le coupable en avait besoin (Girard, 1985:14). D'autre part, on insistait beaucoup, dans les cas de mauvais traitements, sur le niveau de stress des personnes prodiguant les soins. Des facteurs cumulatifs, tels le chômage, le surpeuplement et les exigences apparamment déraisonnables d'un membre dépendant étaient perçus par les travailleurs et les chercheurs comme "causes" des mauvais traitements. Les "remèdes" envisagés consistaient donc à donner plus de formation et d'aide aux personnes qui prodiguaient les soins et qui étaient soumises à trop de stress.

Plus récemment, cette description n'a pas été refutée, mais plutôt élargie. D'autres types de situations ont été révélés. Plusieurs études portant sur différentes personnes interrogées (Pillemer et Finkelhor, 1987; Engelmann, 1986; Bristowe, 1987:11; Stevenson, 1985:19) montrent que les conjoints, presque toujours de sexe masculin, en sont les coupables, dans une proportion variant du cinquième à la moitié des cas rapportés. Cela n'a rien de surprenant, étant donné que plus de personnes âgées vivent avec leur conjoint qu'avec leurs enfants (Pillemer et Finkelhor, 1987). Le problème des mauvais traitements au conjoint dépasse donc celui des mauvais traitements aux personnes âgées.

Autre élargissement de cette description: les mauvais traitements ne se limitent certainement pas au cercle familial, et les coupables ne sont pas seulement des hommes. Lors d'une récente étude sur les mauvais traitements aux

personnes âgées placées dans les établissements (Pillemer et Moore, 1988), quatre-vingt-dix-sept pour cent des personnes interrogées faisaient partie du personnel féminin: 10 % ont admis être coupables de mauvais traitements physiques, et 40 % de mauvais traitements psychologiques aux patients. Les résultats d'une enquête réalisée au Québec ne diffèrent pas de ce qui précède: la plupart des personnes interrogées étaient des femmes, et les mauvais traitements les plus communs étaient de type psychologique (Bélanger, 1981:2,3).

(Il importe cependant de signaler ici que tout échantillon constitué de membres au personnel de première ligne en soins gériatriques est surtout féminin; tous les cas de mauvais traitements infligés ou constatés par elles sont donc, par définition, pour la plupart infligés par des femmes. En résumé, un échantillon biaisé conduit à des résultats biaisés. Bélanger a reconnu ce point faible de sa recherche (Bélanger, 1985).)

Plusieurs chercheurs ont fait remarquer qu'il ne s'agit pas d'une même personne âgée, subissant des mauvais traitements de même type, infligés par un même coupable; ce serait trop simple. Les victimes peuvent, en effet, subir plusieurs types de mauvais traitements (financiers et psychologiques, par exemple), de la part d'une personne chargée des soins. Et l'on signale que beaucoup de personnes âgées se font exploiter par des commerçants, des entrepreneurs et d'autres individus n'appartenant pas à la famille.

En outre, hors du cercle familial, les conseillers et les personnes travaillant dans ce domaine rapportent que les résidants d'établissements de soins à long terme, eux-mêmes âgés et souffrant de facultés intellectuelles généralement affaiblies, infligent parfois des mauvais traitements aux autres résidants.

On a constaté récemment que, contrairement à ce qu'on pourrait croire, les mauvais traitements que subissent les personnes âgées ne sont pas en corrélation directe avec leur niveau d'incompétence ou de dépendance; les principales variables capables d'entraîner des mauvais traitements relèvent plutôt des caractéristiques des personnes qui prodiguent des soins, telles que l'abus d'alcool (Bristowe, 1987:10), âgisme (c'est à dire des stéréotypes negatifs à l'égard des personnes âgées) et des opinions sur les personnes âgées basées essentiellement sur l'âgés et d'autres causes de stress, des traits de caractère déviants (tendances destructives, instabilité émotionnelle, accoutumance aux drogues, dossier criminel) et leur dépendance à l'égard de la victime (Finkelhor et Pillemer, 1987). Ainsi, l'ancienne conception que l'on se faisait des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées, et qui "jetait la faute sur les victimes" parce qu'elles étaient trop dépendantes, exigeaient beaucoup des intervenants et les soumettaient à trop de stress, s'est avérée faussi selon les résultats de plusieurs études. On a plutôt prouvé que la dépendance et le caractère déviant du coupable sont des facteurs importants qui peuvent accroître les probabilités de mauvais traitements.

Bien que les mauvais traitements aux personnes âgées semblent être de nature variable, une constante demeure: les femmes âgées dépendantes courent le plus de risques. Cela est en partie dû à la démographie: les femmes constituent, en effet, la plupart des personnes excessivement âgées, la plupart des personnes âgées placées dans des établissements, la plupart des personnes dépendantes financièrement et vivant avec leurs enfants, et la plupart des adultes ayant

subi, au cours de leur vie, des mauvais traitements de leur conjoint. Cela est également dû au fait que, dans notre société, les mauvais traitements aux personnes âgées dépendantes sont plutôt infligées aux femmes.

Quel est le genre de mauvais traitements aux personnes âgées le plus fréquemment rapporté? Les mauvais traitements physiques, tels que les coups? L'agression sexuelle? Les mauvais traitements psychologiques tels que les insultes, les menaces ou le fait de traiter une personne âgée comme un enfant? L'exploitation financière comme celle qui consiste à prendre le chèque de pension de retraite à un membre de la famille et à falsifier sa signature, ou à l'induire en erreur en lui faisant signer la cession de sa maison ou de ses économies? Ou alors le type le plus fréquent de mauvais traitements est-il tout simplement la négligence passive, le fait que les personnes qui donnent des soins ne satisfassent pas, de façon adéquate, les besoins vitaux tels que les vêtements appropriés, la nourriture, le chauffage, les soins médicaux ou les rapports sociaux? Les appropriés réponses varient autant que les questions. Les études conduisent à des résultats différents. Certaines d'entre elles révèlent que l'exploitation financière constitue la forme la plus commune de mauvais traitements; d'autres, la négligence; d'autres encore les mauvais traitements psychologiques. Les résultats varient évidemment en fonction des définitions adoptées, des méthodes de recherche utilisées et des questions posées.

Il est peut-être important d'avoir pris conscience qu'il existe, au Canada, différents types de mauvais traitements aux personnes âgées que d'avoir établi l'ordre de fréquence des différents cas. Non seulement ce comportement intolérable est-il présent dans notre société, encore atteint-il, dans plusieurs cas, des proportions criminelles.

Notre Code criminel traite de la plupart des types de mauvais traitements décrits dans le présent texte: les mauvais traitements physiques dans voie de fait (articles 244 et 245.3), les mauvais traitements sexuels dans agression sexuelle (articles 246.1 et 246.8), les mauvais traitements psychologiques, dans menace et intimidation (articles 243.4 et 381), l'exploitation financière surtout dans fait d'arrêter la poste avec intention de vol (article 304), dans faux (article 324) et dans vol par une personne détenant une procuration (articles 291 et 292). De plus, la négligence, c'est-à-dire le fait de ne pas satisfaire adéquatement les besoins d'une personne dont on est sensé s'occuper, constitue un délit (article 197), de même que la séquestration (article 247).

Il doit, par conséquent, être bien clair que "les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées" constituent un concept important, qu'il s'agit d'un problème qui n'intéresse pas seulement les spécialistes de la gérontologie, les décideurs et les personnes qui militent contre la violence familiale. Il ne s'agit pas non plus d'une forme atténuée de comportement criminel du fait que cela se passe à huis clos, souvent contre des victimes considérées comme peu attrayantes dans une culture qui a des préjugés contre les personnes âgées.

Il s'agit d'un problème difficile à résoudre. Les mauvais traitements aux personnes âgées constituent souvent des tors criminels à l'égard de membres de la société qui, pour une série de facteurs, se trouvent dans des situations

qu'ils ne peuvent éluder, et subissent des mauvais traitements qu'il ne peuvent rapporter ou même décrire.

Maintenant qu'on a dressé une image générale des mauvais traitements aux personnes âgées, de leurs relations avec le problème plus générale de la violence familiale, de leurs définitions de l'ordre de fréquence des cas et de leur nature, on abordera six sous-thèmes qui s'y rapportent:

- prise de conscience, éducation et formation
- dépistage
- signalement
- intervention et traitement
- prévention
- recherche

2. PRISE DE CONSCIENCE, EDUCATION ET FORMATION

Bien que les mauvais traitements aux personnes âgées aient été traités dans un nombre croissant d'articles de revues professionnelles ou consacrées à la recherche, et que certains de leurs aspects fassent l'objet de lois dans la plupart des Etats américains et dans six provinces canadiennes, le problème des différentes formes de mauvais traitements et de négligence envers les personnes âgées vient à peine d'être reconnu.

Les articles sporadiques et parfois sensationnalistes des médias populaires sur les traitements inhumains infligés aux personnes âgées dans les maisons de retraite, et les descriptions vivantes de personnes prodiguant les soins, débordées de travail et surmenées, n'ont pas réussi à convaincre les intéressés du problème actuel, social et de santé, très réel, des mauvais traitements aux personnes âgées. Le public en général, et, en fait, plusieurs professionnels ne sont pas encore conscients des proportions et de la nature du problème, et croient que ces cas de mauvais traitements et de négligence sont plutôt rares et hors de l'ordinaire.

Le peu de sensibilisation au sujet des mauvais traitements aux personnes âgées résulte, essentiellement, de l'ignorance des victimes et des auteurs de mauvais traitements eux-mêmes. Les victimes peuvent ne pas savoir que ce qu'elles subissent constitue en fait des mauvais traitements, tenus pour délit par la loi; ou, si elles en sont conscientes, elles ont peur que le coupable n'use de représailles ou ne les abandonne. Certaines victimes préfèrent endurer des mauvais traitements dans leur milieu familial plutôt que d'être "placées dans un foyer". De leur côté, les coupables peuvent également ne pas savoir qu'ils commettent un délit lorsqu'ils menacent, frappent ou volent les personnes âgées qui leur sont confiées; ou ils peuvent en être conscients et le cacher.

Une autre forme d'ignorance est due à la faible sensibilisation aux mauvais traitements aux personnes âgées; beaucoup d'individus côtoient en effet des personnes âgées, mais savent peu de chose sur le vieillissement. Certains professionnels de la santé, policiers, avocats, travailleurs sociaux et d'aide à domicile, par exemple, ignorent les dangers et les caractéristiques du vieillissement au point de ne pas distinguer ce qui est normal de ce qui ne l'est

pas, et ne pas percevoir les indices de mauvais traitements aux personnes âgées.

La sensibilisation aux mauvais traitements et à la négligence envers les personnes âgées se développera dans la mesure où les différents groupes travaillant dans le domaine des services sociaux se consulteront. L'un des objectifs des conférences de grande envergure consiste à réunir des personnes qui n'ont pas l'occasion de partager leurs connaissances et leur expérience dans leur vie de travail de tous les jours, telles que les infirmières du secteur public et les avocats, les policiers et les médecins.

En plus de cette forme d'éducation permanente pour professionnels, l'éducation dispensée par les institutions d'enseignement sur les mauvais traitements aux personnes âgées augmentera avec le développement de la recherche et l'incorporation des résultats de celle-ci dans les programmes des facultés de travail social, de droit, de médecine, de nursing et de sciences sociales.

A mesure que les professionnels et les nouveaux diplômés prennent conscience de la fréquence des mauvais traitements aux personnes âgées et de leur nature, ils seront plus aptes à contribuer à la formation des personnes qui travaillent "sur le terrain" auprès des personnes âgées, c'est-à-dire les travailleurs de soins à domicile, les aide-infirmiers et les bénévoles prodiguant des soins aux familles.

L'American Medical Association's Council on Scientific Affairs affirme que "la première étape à suivre pour éviter les mauvais traitements et la négligence envers les personnes âgées consiste à relever le niveau de sensibilisation et de connaissances des médecins et des autres professionnels de la santé" (Council on Scientific Affairs, 1987). Nous inclurions, dans cette liste, les travailleurs sociaux, les avocats, les policiers, les chercheurs, les décideurs, les professeurs et les personnes âgées.

3. DEPISTAGE

L'obstacle majeur au dépistage des mauvais traitements aux personnes âgées est la conséquence d'une caractéristique essentielle du problème: les cas ont lieu à huis clos, dans l'intimité des familles ou des couples, et les victimes sont généralement des personnes âgées isolées, peu susceptibles ou incapables de s'adresser au public et de se défendre elles-mêmes (l'incapacité de communiquer est encore plus grande pour les personnes âgées d'autres éthnies, vivant au Canada, ne parlant ni le français ni l'anglais, et ayant peu conscience de leurs droits).

De plus, le dépistage des cas de mauvais traitements et de négligence envers les personnes âgées est entravé par la croyance fort répandue que la famille s'occupe de ses êtres chers ou, tout au moins, que la vie privée de la famille est taboue. Un autre obstacle au dépistage, déjà mentionné, est la faible sensibilisation et le manque de formation de plusieurs professionnels. Il faut ajouter à ces obstacles l'absence de définition claire de ce qui constitute les mauvais traitements ou la négligence criminelle envers les personnes âgées, et de ce qui en constitue les indices.

Quels indices et symptômes permettent d'identifier les cas de mauvais traitements aux personnes âgées? Que devraient chercher les professionnels de la santé et les travailleurs de services sociaux?

Il est difficile de répondre à ces questions. Beaucoup de ces indices peuvent en effet être confondus trop vite avec les changements dus au vieillissement, et le sont fréquemment. Les bleus, par exemple, peuvent être attribués à des coups, à des chutes ou à des collisions contre des objets par perte d'équilibre ou faiblesse de la vue. L'apathie et la timidité peuvent être dus à de constantes agressions verbales de la personne qui prodigue les soins, à une baisse de l'estime de soi ou à la dépression, problèmes affectifs assez fréquents chez les personnes les plus âgées. La perte d'argent peut être le résultat d'intimidation, de vol de la part des membres de la famille ou du personnel, d'oubli ou de confusion de la personne âgée. Des vêtements inadéquats, une apparence peu soignée et un état de sous-alimentation chez la personne âgée peuvent être dus à la négligence des personnes qui leur donnent des soins, à la négligence personnelle ou à l'entêtement de la personne âgée qui veut se prendre en charge. Trop souvent, peut-être, les professionnels se prononceront en faveur de ce dernier diagnostic (O'Malley et al., 1983:1002) et "jetteront la faute sur la victime".

Les directives dressant une liste des indices et des symptômes de mauvais traitements aux personnes âgées, à l'attention des professionnels des services sociaux sont très variées (Alberta Senior Citizens Secretariat), sans date; Bookin et Dunkle, 1985:5; Ferguson et Beck, 1983:302; Ontario Advisory Council on Senior Citizens, 1986; Podnieks, 1985a; Rathbone-McCuan et Voyles, 1982:190-192; United States Department of Health and Human Services, 1980, in Fulmer, 1984; Washington State Medical Association, 1985, in Council on Scientific Affairs, 1987:968). Dans ces directives, les mauvais traitements aux personnes âgées sont habituellement classées en quatre ou cinq catégories, notamment les agressions physiques et sexuels, les mauvais traitements psychologiques ou psychosociaux, l'exploitation financière ou la négligence. Plusieurs indices ou symptômes sont énumérés dans chaque catégorie. En voici des exemples:

- Les indices de mauvais traitements physiques peuvent être, entre autres, des blessures inexpliquées ou répétées, des contractions de muscles causées par l'immobilisation ou les restrictions physiques, des marques de coups, des déchirures, des bleus, des brûlures, des infections, des piqûres et des fractures, des signes d'usage abusif de médicaments.

- Les signes de mauvais traitements sexuels peuvent être, entre autres, des bleus ou des saignements aux zones génitales, des maladies vénériennes, de la difficulté à marcher ou à s'asseoir, de la douleur ou des démangaisons aux zones génitales.

- Les symptômes de mauvais traitements psychologiques ou psychosociaux comprennent des signes de résignation, de peur, de honte, de dépression, de confusion mentale, de passivité prononcée, de colère et d'insomnie chez la victime; des menaces, des insultes, du harcèlement, des ordres stridents, des contraintes sociales et de l'absence d'affection de la part des personnes qui prodiguent des soins.

- Les indices de mauvais traitements financiers ou d'exploitation peuvent être, entre autres, le non-paiement du loyer ou des factures des services publics, la vente d'une propriété par la personne âgée alors qu'elle semble confuse sur les raisons de la vente, la diminution du solde d'un compte d'épargne, un état de confusion au sujet des finaces, la disparition de biens, le manque d'argent liquide ou de vêtements, l'absence d'argent pour des activités sociales, chez la personne âgée; la gestion des finances d'une personne âgée, apparemment compétente, par un adulte, un enfant ou un pourvoyeur de soins.

- Les signes de négligence, voulue ou non (manque de soins dans les deux cas) peuvent être, entre autres, un état de malnutrition, la pâleur et la perte de poids qui en sont les manifestations, des signes d'hypothermie, une hygiène personnelle insuffisante, des vêtements inadéquats, des troubles physiques non traités ou des besoins médicaux non satisfaits, l'absence de dentier, de lunettes ou d'appareil auditif nécessaires, le fait que la personne âgée ait été vue en train d'errer dangereusement ou, au contraire, qu'on ne la voie jamais hors de la résidence, l'abandon d'une personne âgée dépendante.

Il importe de souligner, comme le fait la brochure Elder Abuse and Neglect (Mauvais traitements et négligence envers les personnes âgées) de l'Alberta Senior Citizens Secretariat, que la présence d'un des signes énumérés ci-dessus ne prouve pas nécessairement l'existence de mauvais traitements, mais révèle seulement qu'une enquête plus approfondie serait indiquée.

L'observation de l'interaction entre une personne âgée et l'adulte ou l'enfant qui dispense les soins, placés face à face, peut aussi fournir des indices de mauvais traitements (Ferguson et Beck, 1983:302; Rathbone-McCuan et Voyles, 1982:121-192). On pourrait surveiller les comportements suivants: Est-ce que l'adulte ou l'enfant qui dispense les soins touche, parle, regarde ou écoute de plein gré le parent âgé? La personne âgée réagit-elle avec peur ou gêne? Le parent et la personne âgée sont-ils détendus ou crispés? L'adulte ou l'enfant qui dispense les soins fait-il preuve de préjugés profonds contre les personnes âgées ou réagit-il vivement aux suggestions relatives aux soins dispensés à la personne âgée? La personne âge semble-t-elle anxieuse (regards perçants, par exemple) en compagnie de l'adulte ou de l'enfant qui s'occupe d'elle. L'observation des comportements peut se faire dans un bureau ou, mieux encore, chez la présumée victime.

La salle d'urgence est, selon Hooyman et ses collaborateurs (1982:10), un endroit privilégié pour le dépistage; le personnel interdisciplinaire, médecins et travailleurs sociaux, y compris, peut procéder immédiatement aux étapes de dépistage, qui comprennent un examen médical complet, très minutieux, et des entrevues avec les personnes de la famille qui dispensent des soins, quand cela est possible.

Etant donné la diversité des cas de mauvais traitements aux personnes âgées et le nombre de catégories de professionnels qui sont régulièrement en contact avec les personnes âgées, il conviendrait d'établir des directives nationales standard de dépistage des cas, utilisables par tous. Les données seraient

ainsi beaucoup plus valables et fiables, et les professionnels de catégories différentes, tels que médecins, policiers et travailleurs sociaux, pourraient mieux s'entendre sur ce que chaque catégorie cherche et trouve dans les cas de mauvais traitements aux personnes âgées.

4. SIGNALEMENT OBLIGATOIRE ET LEGISLATION PROTECTRICE

4.1 Principaux obstacles au signalement

Le principal obstacle au signalement des cas de mauvais traitements aux personnes âgées est la réticence de ces derniers à les rapporter ou à reconnaître qu'elles en sont victimes. Nombre de parents âgés, maltraités par leurs propres enfants, par exemple, nient ou ne rapportent pas les mauvais traitements qui leur ont été infligés pour plusieurs raisons: par peur de subir des représailles ou d'être abandonnés dans un établissement, parce qu'ils ont honte d'avoir élevé des enfants qui leur font volontairement du mal, parce que la violence familiale constitue pour eux un comportement normal, ou parce qu'ils n'arrivent pas à s'exprimer en raison des barrières linguistiques ou de leurs facultés intellectuellles affaiblies. Les cas de mauvais traitements conjugaux de personnes âgées peuvent comporter des facteurs semblables, tels que la peur de représailles, la honte, des habitudes d'interaction ou l'incapacité de communiquer. Ceux qui vivent dans des établissements peuvent être réduits au silence par peur de subir des représailles ou d'être forcés à changer de lieu.

Le signalement d'un cas de mauvais traitement envers une personne âgée constitue une affaire très délicate pour les intervenants. Premièrement, le fait de surveiller des cas que l'on soupçonne, ou d'accuser les coupables, est souvent perçu comme une intrusion dans la vie privée de la famille. D'autres raisons expliquent le non-signalement des plaintes, comme l'indique la documentation américaine: les professionnels de la santé accordent peu d'importance aux plaintes des personnes âgées, par doute, par peur d'accuser le coupable et d'être ensuite poursuivis en justice, ou parce qu'ils sont peu sensibilisés à la gravité du problème (Council on Scientific Affairs, 1987:967).

Pour les personnes qui dispensent des services directs, telles que les travailleurs d'aide à domicile et les infirmières, le signalement des cas de mauvais traitements aux personnes âgées est également délicat. Là où on a adopté des procédures de signalement (et un nombre croissant d'organisations au service des personnes âgées le font), il manque souvent, pour suivre les cas, des services de counselling et des ressources telles que des maisons de transition adéquates pour personnes maltraitées ou des services d'aide à domicile appropriés pour les personnes qui dispensent des soins. Le signalement entraîne parfois le départ de la personne âgée maltraitée du cercle familial ou du ménage, et son installation dans un établissement, mode de vie que la plupart des personnes âgées cherchent à éviter à tout prix.

Dans certains établissements pour personnes âgées, les infirmières peuvent se trouver dans le dilemme de devoir faire un rapport sur leurs amis et collègues. Au Canada, elles ont la reponsabilité morale de le faire, comme le stipule l'Association canadienne des infirmières (Podnieks, 1985:38).

4.2 Qui signale les cas de mauvais traitements aux personnes âgées?

Les médecins ne rapportent, semble-t-il, que peu de cas de mauvais traitements (Bélanger, 1981; Palincsar et Cobb, 1982:412; Shell, 1982), alors que les membres du personnel de la salle d'urgence sont les premiers à signaler tout genre de négligence, suivis de près par les membres du clergé (Palincsar et Cobb, 1982:412). Jusqu'à récemment, la police était réticente à classer de tels cas dans une catégorie à part, d'où l'absence de rapports et, par conséquent, l'insuffisance des données (Hudson et Johnson, 1986). Des changements sont cependant en cours dans certaines régions du Canada, pour que l'on inclue, dans les programmes des écoles de police, de la formation sur les procédures de signalement.

4.3 Signalement obligatoire

Le signalement obligatoire des cas de mauvais traitement aux personnes âgées est une question particulièrement controversée. Katz (1979-80) et d'autres auteurs ont affirmé que le signalement obligatoire de tels cas n'est pas souhaitable, parce que la définition qu'on en donne est si vaste et si variée, parce que les professionnels ont peu d'être poursuivis en justice pour avoir fait de fausses accusations, et parce que les signalements aboutissent souvent à l'internement des victimes dans des établissements.

Les arguments en faveur du signalement obligatoire invoquent, en général, que tout délit commis doit être rapporté, que nous avons la responsabilité sociale de protéger les membres les plus vulnérables de la société, que des statistiques sur les mauvais traitements aux personnes âgées nous permettraient de nous renseigner sur leur fréquence et leur nature, que l'existence d'un dossier éviterait que le fardeau que constitue la prise des décisions ne retombe sur des professionnels de ce domaine, pris individuellement.

Alors que les déclarations favorables au signalement obligatoire invoquent, en général, le bien pubic et la responsabilité, celles qui s'y opposent insistent sur les possibles conséquences néfastes pour les victimes, telles que l'internement dans un établissement (Blenkner, cité par Girard, 1985; Bristowe, 1987; Katz, 1979-80; l'Ontario Advisory Council on Senior Citizens, 1986; Pratt et collaborateurs, 1983; Salend, cité par Blokland, 1984; Shell, 1982).

On a émis plusieurs mises en garde et suggestion au sujet du signalement obligatoire des cas de mauvais traitements aux personnes âgées: le signalement obligatoire peut enfreindre les droits des personnes, y compris ceux des victimes de mauvais traitements qui sont mentalement aptes; le signalement obligatoire n'est indiqué que s'il existe des structures d'appui qui permettent le suivi des cas ou que leur développement soit adapté à la législation relative au signalement obligatoire; des équipes multidisciplinaires devraient se charger de l'évaluation, du signalement et de la révision des cas de mauvais traitements; ceux qui rapportent les cas devraient être à l'abri des poursuites judiciaires; le respect envers la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées maltraitées devrait toujours l'emporter sur les autres considérations; le signalement des cas aurait, aux yeux du public, une fonction moins punitive et plus thérapeutique si les mauvais traitements étaient rapportés à un organisme de service social à caractère protecteur plutôt qu'à un organisme

d'application de la loi (Bristowe, 1987; Elder Abuse Work Goup, Saskatchewan, 1986; Shell, 1982).

Il existe des arguments favorables et défavorables à l'adoption d'une législation protectrive. Ceux qui s'y opposent, tels que Katz (1979-80), Purdy (1988) et d'autres chercheurs, affirment qu'une législation protectrice spéciale pour les adultes âgés établirait une équivalence entre vieillesse et incompétence, alors qu'en tant qu'adultes, ils devraient avoir le droit de vivre et de prendre des risques. Il faut cependant reconnaître que les personnes âgées victimes de mauvais traitements sont, en général, moins capables physiquement, psychologiquement ou intellectuellement, et font partie d'une catégorie d'individus plus âgés et plus dépendants que les membres des groupes politiquement actifs en faveur des personnes âgées exigent l'auto-détermination.

La moitié des Etats américains et la moitié des provinces canadiennes ont adopté différents types de législation spéciale sur les mauvais traitements aux personnes âgées. Au Canada, il s'agit de l'Ile-du-Prince-Edouard, la Nouvelle-Ecosse, le Nouveau Brunswick, l'Ontario, la Saskatchewan et l'Alberta. De plus, plusieurs provinces se préparent à introduire ou à développer des ensembles de lois. Le nombre de commissions spéciales, de projets de recherche et de comités sur les mauvais traitements aux personnes âgées, actifs dans les provinces montre bien la somme d'efforts engagés pour résoudre le problème, par l'emprunt de différentes voies, y compris celle de législations protectrices pour les personnes âgées.

5. INTERVENTION ET TRAITEMENT

Un message, souvent exprimé de façon poignante, revient fréquemment dans la documentation sur l'intervention et le traitement de tels cas: premièrement, les personnes âgées ont, en général, le droit de vivre en prenant des risques; et deuxièmement, les personnes âgées maltraitées ont le droit de refuser une intervention et de demeurer dans la situation de leur choix, même si les autres la jugent désagréable. Douglass (1983) affirme qu'on ne doit recourir à l'intervention que dans les cas de négligence de mauvais traitement intentionnels les plus graves.

Inversement, la société évidemment, l'obligation d'intervenir lorsque les personnes âgées maltraitées irgnorent leurs droits de choisir un mode de vie parmi ceux qui leur sont possibles, ou de profiter des services d'aide à domicile et de counselling susceptibles à la fois de les aider et d'aider les coupables, lorsque leur condition physique, psychologique ou financière est menacée ou gravement compromise par des membres de la famille ou par des personnes qui dispensent des soins, lorsqu'ils souffrent dans l'isolement, l'absence de recours, la peur ou l'ignorance.

Une série de questions se posent avant que l'on ne procède à une intervention. La personne qui se prépare à intervenir connaît-elle vraiment le vieillissement, les personnes âgées, les dillemmes liés aux mauvais traitements aux personnes âgées?

Se servira-t-on de ces connaissances pour déterminer des stratégies d'intervention lésera-t-elle le droit à l'autodétermination de la personne âgée? Réussira-t-elle, en fin de compte, à améliorer la qualité de vie de la victime? Le nombre de travailleurs sociaux ayant reçu une formation en couselling en matière de relations entre générations est-il suffisant pour offrir de l'orientation à tous les membres d'une famille aux prises avec un problème de mauvais traitements et en assurer la continuité? Y a-t-il des services adéquats assurant le suivi, tels ques des services d'aide à docicile, des programmes permettant des répits, des soins de jour pour adultes, des foyers de transition, de l'éducation et de la formation sur les soins aux personnes âgées vulnérable, nécessaires pour aider à la fois les coupables et les victimes? Est-il possible d'atténuer l'isolement de la victime en l'intégrant dans un réseau communautaire? Quelles informations a-t-on recueillies sur la nature et les résultats des interventions effectuées dans d'autres cas? Il importe de répondre à ces questions et à plusieurs autres lorsqu'on envisage d'intervenir dans des cas de mauvais traitements aux personnes âgées (ce paragraphe était basé sur les considérations relatives à l'intervention émise par les personnes et organismes suivants: Alberta Senior Citizens Secretariat, pas de date; Bookin et Dunkle, 1985; Elder Abuse Work Group, Saskatchewan, 1986; Girard, 1985; Hooyman et al., 1982; et O'Malley et al., 1983).

On espère qu'à mesure que la sensibilisation au problème des mauvais traitements aux personnes âgées et à ses solutions se développe, elle entraînera l'augmentation du nombre de services d'appui aux victimes et aux coupables, de façon à offrir à l'intervention de plus grandes perspectives de réussite.

Il existe plusieurs modèles de traitement pour ces cas. Trois d'entre eux ont surtout été retenus (par Crouse et al., 1981, in Houston et Johnson, 1986).

Le modèle relatif aux mauvais traitements envers les enfants comprend des mesures protectrices, le signalement obligatoire et la remise de la responsabilité du cas entre les mains de l'organisme d'aide. Ce modèle a, entre autres, l'avantage de mettre en branle un processus de règlement du problème à court et à long terme. L'un de ses inconvénients est que la victime perd son droit de choisir le genre d'intervention à appliquer (ce qui pourrait être perçu comme une violation de plus des droits de la personne âgée).

Le deuxième modèle est celui que l'on applique aux cas de violence familiale: il comporte une stratégie d'intervention protectrice à court terme, en vue de la solution des situations de crise par le traitement des effets et non des causes des mauvais traitements aux personnes âgées. Par ce modèle, on accorde des pouvoirs aux représentants chargés de faire appliquer la loi, aux tribunaux, etc. Les avantages sont, avant tout, la grande rapidité d'intervention, indispensable lorsque la vie d'une personne maltraitée semble être en danger; en outre, l'intervention de la loi peut rendre les coupables conscients de la gravité de leur comportement. Par contre, ce modèle de traitement présente les désavantages suivants: utilisé seul, il ne résout aucun des problèmes, plus vastes et dont les racines sont historiques, qui sont à l'origine des mauvais traitements aux personnes àgées; et il risque parfois de susciter une telle rancune de la part des coupables que ces derniers peuvent s'engager dans une escalade de brutalité.

Un troisième modèle de traitement, celui de la sensibilisation et de lutte contre les mauvais traitements aux personnes âgées, est généralement lié à d'autres modèles de traitement. Il vise la prévention et la protection. Ce modèle encourage l'éducation, la formation et la sensibilisation et l'action pour enrayer les mauvais traitements aux personnes âgées.

Quel que soit le modèle ou la combinaison des modèles utilisés, il faut insister sur la nécessité de parvenir à un équilibre entre le droit à la vie privée de la famille, ceux de l'individu et l'obligation de l'Etat d'assurer le bien-être des citoyens vulnérables.

Un quatrième modèle d'intervention auprès des personnes âgées, jugé efficace, est celui qui s'applique aux systèmes familiaux. Selon cette approche, la famille représente quelque chose de plus que la somme de ses parties: les besoins de chaque membre sont considérés, ainsi que les dynamiques interactives de stimulus-réponse existant dans la vie de la famille. La méthode consiste à entreprendre une démarche auprès de chaque membre de la famille, à ne pas percevoir une personne ou une chose comme étant, à elle seule, "le problème". De cette façon, les causes et les conséquences sont traitées par du travail de counselling et de référence à long terme, plutôt que de s'occuper des problèmes l'un après l'autre (Work, 1987, 1987; Edinberg, 1986).

D'une part, nos connaissances sur la nature des mauvais traitements envers les personnes âgées et sur les expériences de travail auprès des victimes et des coupables se développent; d'autre part, leur diffusion s'accroît au moyen d'une documentation plus riche et plus abondante sur la question. En croissant, ces facteurs entraîneront la mise au point de méthodes de traitements plus appropriées, qui reconnaissent le statut d'adulte de la victime et la nature psychopathologique des coupables.

6. PREVENTION

Des stratégies de prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées peuvent être appliquées au niveau personnel, familial, communautaire et de la société.

Au niveau personnel, on peut enseigner la prévention aux personnes âgées: on pourrait concevoir des conseils préventifs sur les façons de se protéger et de protéger leurs biens: ces conseils seraient postés aux personnes âgées avec les chèques mensuels de pension de retraite, et distribués aux infirmières du secteur public, aux médecins, aux policiers, aux auxiliaires ménagers et à d'autres, pour qu'ils les remettent aux personnes âgées de la communauté; ces conseils seraient également présentées au cours d'émissions de télévision suivies par les personnes âgées (telles que les bulletins de nouvelles et les téléromans de l'après-midi et en début de soirée). L'information préventive comprendrait une définition, des exemples de mauvais traitements, et l'invitation à signaler les cas semblables aux professionnels mentionnés ci-dessus; elle inclurait aussi quelques conseils préventifs spécifiques, tels que:

- N'hésitez pas à demander de l'aide à une infirmière en santé communautaire, à un centre pour personnes âgées, à votre église ou à des amis, lorsque vous en avez besoin.

- Demander que vos chèques soit déposés directement dans votre compte en banque.

- Ne permettez pas aux adolescents, surtout s'ils ont des problèmes de drogue ou d'alcool ou des troubles psychologiques, de retourner à la maison, avant d'avoir analysé la situation attentivement et demandé l'aide d'autres personnes qui vous connaissent bien, vous et votre famille (Office national du film, 1988).

Au niveau familial, des moyens semblables pourraient être utilisés pour encourager les adolescents et les autres personnes qui s'occupent des personnes âgées à analyser, de façon réaliste, tout ce que comporte le rôle de donner des soins à une personne âgée, qu'ils envisagent cette situation ou non. On devrait donner des informations et des descriptions sur les services de soutien aux responsables des soins (tels que les programmes de jour, les soins permettant du répit, les infirmières à domicile) et les noms et les numéros de téléphone d'organismes d'aide de la région. Les services sociaux et de santé varient tellement d'une région à l'autre qu'il vaudrait mieux communiquer cette information sous la forme d'annonces dans les journaux (peut-être sur une page entière, le même jour, dans tous les journaux de la région), de dépliants et de nouvelles spéciales diffusées par les stations de radio et de télévision locales.

Voici quelques exemples de conseils préventifs:

- Informez-vous d'avance sur le genre de soins et le mode de vie que les personnes âgées de votre famille préféreraient si elles devenaient dépendantes ou avaient besoin de soins médicaux. Informez-vous sur la façon dont elles comptent dépenser leurs biens ou les garder.

- Ne vous engagez pas à accueillir une personne âgée sous l'impulsion du moment; à la mort d'un membre de la famille, par exemple, ou à cause d'un sentiment de culpabilité.

- Analysez les conditions matérielles de la maison dans laquelle la personne âgée pourrait vivre. Une toilette serait-elle nécessaire au premier étage? Certains membres de la famille devront-ils partager leur chambre pour pouvoir loger la personne âgée? (ibid)

En cas de mauvais traitements présumés ou prouvés, il faudrait que les membres de la famille ou les coupables puissent profiter de services de counselling et recevoir de l'information et de l'aide pour être en mesure de régler le problème.

En cas de mauvais traitements présumés ou prouvés, il faudrait que les membres de la famille ou les coupables puissent profiter de services de counselling et recevoir de l'information et de l'aide pour être en mesure de régler le problème.

Au niveau communautaire, en plus de la série de stratégies enumérées ci-dessus, qui exigent la coopération de la communauté, il faudrait que les travailleurs en première ligne, dans les centres communautaires et organismes de services sociaux, puissent recevoir une formation plus complète sur les signes de mauvais traitements envers les personnes âgées et sur les mesures à prendre quand on soupçonne un tel cas. Les organismes et agences de services sociaux des municipalités peuvent coordonner leurs efforts afin de définir les éléments essentiels qui permettent d'élaborer les formulaires de signalement. Les institutions d'enseignement de la communauté pourraient s'assurer que la question des mauvais traitements aux personnes âgées est traitée dans les programmes de formation des infirmières, des auxiliaires en soins de santé, des travailleurs auxiliaires à domicile et des travailleurs familiaux.

Ces stratégies seraient évidemment inefficaces en l'absence de bons services de soutien aux responsables des soins et aux personnes âgées. Plusieurs services peuvent prévenir les mauvais traitements aux personnes âgées, tels les soins de jour aux adultes, les services d'aide à domicile pour personnes âgées, les services d'infirmières à domicile, les soins temporaires en établissement, les services de counselling et les nombreuses activités qui établissent et développent les contacts des personnes âgées au sein de la communauté.

Au niveau national, il y a beaucoup à faire. Au Canada, toutes les facultés et écoles professionnelles en des domaines tels que la médecine, le travail social, le droit et le nursing pourraient introduire des études de gérontologie dans leurs programmes de base, plutôt que les cours facultatifs d'une durée minimale qui se donnent généralement. Les professionnels de ces spécialités ont de plus en plus besoin de connaissances générales sur le vieillissement et les personnes âgées, dans le cadre de leur travail quotidien. Une plus grande sensibilisation aux changements qui surviennent au cours du processus normal de vieillissement leur permettrait de mieux identifier les situations déviantes pouvant comporter des mauvais traitements.

C'est également au niveau national que l'échange d'informations entre différents groupes de gens oeuvrant auprès de personnes âgées peut élever le niveau de sensibilisation du public aux causes, signes et moyens de prévention ou d'atténuation des mauvais traitements aux personnes âgées.

Au niveau de la société, Elizabeth Podnieks (1981) propose les recommandations suivantes en vue de la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées:

- s'opposer à l'acceptation et à l'encouragement, par la société, de la violence au sein de la communauté et du foyer;

- réduire, par tous les moyens possibles, les tensions au niveau familial, source possible de violence et de mauvais traitements;

- faciliter le développement de liens profonds unissant les familles à leurs voisins et aux communautés pour réagir contre l'isolement de tant de personnes;

- modifier la répartition du pouvoir, le processus de prise des décisions et le partage des tâches ménagères, afin de réduire les inégalités flagrantes et la discrimination que subissent les personnes âgées et les femmes;

- mettre fin aux comportements familiaux violents qui se sont perpétués depuis des générations.

Ces recommandations exigent des changements à la fois structurels et culturels dans notre société afin de prévenir l'exploitation et les mauvais traitements envers les personnes âgées.

7. RECHERCHE

Sans recherche, on ne peut faire grand-chose pour traiter les autres sujets abordés dans le présent dossier. Les questions suivantes exigent de profondes connaissances de base et de la recherche: les caractéristiques communes et différentes des mauvais traitements aux personnes âgées par rapport à d'autres formes de violence familiale, des définitions claires et vérifiables, la fréquence des cas et la nature des mauvais traitements aux personnes âgées, les rapports entre les caractéristiques du coupable et le type de mauvais traitements, la validité et la fiabilité de la recherche faite jusqu'à présent, la sensibilisation du public au problème, l'éducation et la formation des professionnels qui auront de plus en plus de clients âgés, les signes des différents types de mauvais traitements, la législation établie pour traiter spécifiquement des mauvais traitements, les analyses d'interventions adéquates et de modèles de traitements, les stratégies de prévention à tous les niveaux.

Par exemple, les définitions et les caractéristiques des différents types de mauvais traitements envers les personnes âgées ne peuvent être clarifiées que par l'étude de la validitié et de la fiabilité des différentes méthodes de recherche. La cueillette et la compilation de rapports peuvent améliorer les lignes directrices de dépistage. Les mécanismes de signalement doivent être mis à l'épreuve et évalués. Il faut effectuer de la recherche sur les modèles de traitement et d'intervention afin de développer des modèles appropriés composites visant le soulagement, l'éducation, la prévention et la défense et la promotion des droits. Cela exige du travail exploratoire.

La cueillette de données devra jouer un rôle important dans les processus de compréhension et de prévention des mauvais traitements aux personnes âgées. Les travailleurs qui dispensent des soins en première ligne aux personnes âgées sont une source précieuse d'information et de vision pénétrants. Ils doivent être encouragés à noter et à partager leurs constatations et leur sagesse pour que d'autres puissent en profiter.

L'un des principaux obstacles à la recherche sur les mauvais traitements et sur la négligence est la nature même du problème, comme l'indiquait le chapitre sur le dépistage. Les victimes sont souvent tellement isolées, tellement réticentes ou incapables de rapporter les traitements subis, que le gros de la recherche entreprise jusqu'à présent se base sur des témoignages (impressions, souvenirs et notes) d'intervenants oeuvrant dans le domaine. Les personnes

interrogées sont des médecins, des infirmières, des travailleurs qui dispensent des soins au foyer, des cadres et des membres de services de soins à domicile ou dans les résidences, des travailleurs sociaux, des agents chargés de l'exécution de la loi et des membres du personnel d'organismes de services sociaux. Les problèmes méthodologiques que comporte l'interrogation des victimes de mauvais traitements sont, à eux seuls, considérables, sans compter la difficulté d'obtenir d'elles des réponses d'une entière franchise.

Une étude récente, effectuée par Pillemer et Finkelhor (1987) et comportant des entrevues personnelles et par téléphone avec des victimes de mauvais traitements, incluait un questionnaire de dépistage par téléphone de 30 minutes, à l'intention d'un échantillon de personnes âgées vivant dans une communauté de Boston, visant à trouver des indices de mauvais traitements. Les victimes identifiées ont été jointes de nouvaux et interviewées avec plus d'attention. Cette technique de recherche est inhabituelle dans ce domaine du fait que les questions ont été posées directement aux victimes de mauvais traitements.

Avec la sensibilisation grandissante du public au problème des mauvais traitements aux personnes âgées et une aide accrue aux victimes et aux coupables, il faut s'attendre à ce que plus de victimes se fassent entendre.

8. MESURES ADOPTEES PAR LE CANADA

Au niveau international, le Canada est réputé pour la priorité qu'il accorde à la prévention de la violence familiale. En 1986, le Canada a participé à la Réunion d'experts sur la violence familiale des Nations Unies. Cette réunion a eu lieu à la suite d'une recommendation canadienne. Au printemps 1987, à la réunion de ministres européens responsables des affaires sociales, le Canada a inclus la violence familiale à l'ordre du jour en tant que question sociale de première importance. Et, un peu plus tard, cette même année, le gouvernement canadien a déclaré, lors d'une consultation en matière de relations entre les générations des Nations Unies, que la violence familiale devrait être une question importante pour toutes les sociétés. Le Canada reçoit toujours plus de demandes d'information, de conseils et d'aide de la part d'organisations internationales et de pays soucieux du bien-être de leurs citoyens (Gouvernement du Canada, 1988).

Au niveau national, le gouvernement fédéral a adopté plusieurs mesures pour faire face à la violence familiale. Il s'est engagé à y consacrer 40 millions de dollars au cours des quatre prochaines années, qui seront répartis entre six ministères fédéraux: Santé et Bien-être social Canada, la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Justice Canada, le cabinet du Solliciteur général, Affaires indiennes et du Nord Canada et le Secrétariat d'Etat. Santé et Bien-être social Canada, ministère qui dirige la coordination des initiatives fédérales, a reçu plus de cinq millions de dollars sur la somme allouée afin de travailler étroitement avec d'autres ministères fédéraux, d'autres paliers de gouvernement et les organisations communautaires qui travaillent au développement de politiques et de programmes visant à enrayer la violence familiale et les mauvais traitements. Les consultations systématiques entre les paliers fédéraux et provinciaux constituent une partie essentielle du

processus de développement de relations d'association et d'établissement d'une approche nationale pour faire face aux problèmes de violence familiale (ibid).

Au niveau fédéral également, le Seniors Independence Program et le New Horizons Program, la Division de la Prévention de la Violence familiale qui font tous partie de Santé et Bien-être social Canada, mettent des contributions à la disposition des groupes qui ont droit à des projets relatifs aux mauvais traitements aux personnes âgées et en accord avec les objectifs de ces programmes.

Les gouvernements provinciaux ont également réagi selon leur degré de sensibilisation. Certains ont adopté une législation spéciale qui traite de la question des mauvais traitements aux personnes âgées; d'autres sont en train de constituer des ensembles de lois sur la question; plusieurs ont commandé des études et publié des rapports sur le problème, qui ont servi de référence à ce dossier; ils ont tous manifesté leur préoccupation au sujet de ce problème et leur volonté de participer à des échanges d'informations.

Au niveau municipal, plusieurs initiatives ont été prises. Le travail du Council on Aging de la Municipalité régionale d'Ottawa-Carleton (MROC) sert d'exemple. Ce Conseil a réalisé une enquête sur les institutions locales et sur les organismes de service afin d'avoir une vue d'ensemble du problème des mauvais traitements aux personnes âgées dans la MROC, et d'établir le nombre approximatif des organisations qui ont constitué un formulaire de signalement. On a organisé et tenu une assemblée publique sur les mauvais traitements aux personnes âgées à laquelle ont participés des conférenciers et qui comprenait des ateliers. Et on a mis sur pied un type de programme éducatif sur les mauvais traitements aux personnes âgées. Les résultats de ces trois activités ont été publiés. Un autre exemple est le Kerby Centre de Calgary, un grand centre de service polyvalent pour les personnes âgées où le département de service social est à l'écoute, enrégistre et intervient lors qu'il y signe d'abus parmi ses clients âgés.

Les étudiants en travail social, en nursing et en sciences sociales des universités canadiennes manifestent également de l'intérêt en produisant des thèses et des travaux de recherche sur les mauvais traitements aux personnes âgées, dont les titres figurent dans la biographie du présent dossier. Il y a bon espoir que plus de recherches conduiront à l'inclusion de cette matière dans tous les cours ayant trait à la famille, à la violence dans la société, à la condition féminine, à la gérontologie et à la fourniture de services.

9. COMMENTAIRES FINAUX

Le sentier à suivre pour essayer de soulager les personnes âgées victimes de mauvais traitements infligés par leur famille est étroit et plein d'embûches. Si nous portons atteinte à leur droit de choisir leur cadre de vie et les personnes avec lesquelles ils veulent vivre,nous nions leur statut d'adultes. Par contre si nous permettons qu'on les force à demeurer dans une situation qui peut leur être fatale, nous somme complices du crime. Quand il s'agit de prendre des décisions, les droits et le bien-être des personnes âgées doivent l'emporter en tout temps.

Nombreuses sont les personnes âgées fragiles qui vivent dans des établissements spéciaux parce qu'elles n'ont plus que quelques membres de leur famille en vie ou n'ont plus du tout (dans les maisons de retraite, les femmes âgées seules sont en majorité). Confiées à des travailleurs qui leur dispensent des soins, elles dépendent de leur bienveillance ou de leurs mauvais traitements vingt-quatre heures par jour. Un examen minutieux de ces travailleurs, de leurs conditions de travail et de leur formation s'impose. Les personnes âgées vivant dans des établissements ont été tellement privées de leur dignité qu'elles ont droit à une défense active de leurs droits humains.

Il ne faut pas, en se penchant sur cette question complexe, supposer que les conclusions des recherches faites aux Etats-Unis s'appliquent au contexte canadien. Les systèmes américains de bien-être social et de soins de santé sont tellement différents des nôtres que les questions et les réponses de la recherche en sont profondément modifiées. Il est essentiel que nous consacrions plus d'efforts aux recherches sur les conditions sociales et le milieu physique qui existent au Canada.

Enfin, nous devons faire preuve de prudence en évitant que, dans notre indignation au sujet de la violence familiale, nous n'enlevions pas de droits sociaux sous prétexte d'améliorer le bien-être de la société.

BIBLIOGRAPHIE

Advocacy Center for the Elderly. 120 Eglinton Avenue East, Suite 902, TORONTO, Ontario M4P 1E2. Interview par téléphone.

Alberta, gouvernement de l'. Dependent Adults Amendment Act, 1985.

Alberta, Senior Citizens Secretariat. Elder Abuse and Neglect (Manuel, pas de date).

Beck, Cornelia et Doris Ferguson. "Aged Abuse", dans le Journal of Gerontological Nursing, 7 (6) juin, 1981:333-336.

Bélanger, Lise. "The Types of Violence the Elderly are Victims of: Results of a Survey Done with Personnel Working with the Elderly", étude présentée à la 34e rencontre scientifique annuelle de la Gerontological Society of America, novembre 1981.

Bélanger, Lise. "La violence envers les personnes âgées", dans Nursing Québec, 5 (6) septembre, 1985:18-20.

Blokland, Nancy. "Elder Abuse". Travail d'étudiant non publié. 1984.

Bolton, Frank et Susan Bolton. Working with Violent Families: A Guide for Clinical and Legal Practitioners. Newbury Park, California, Sage Publications, 1987.

Bookin, Deborah et Ruth E. Dunkle. "Elder Abuse: Issues for the Practitioner", dans Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work, janvier 1985:3-12.

Brillon, Yves. Victimization and Fear of Crime Among the Elderly, Toronto, Butterworths, 1987.

Bristowe, Elizabeth. Family Mediated Abuse of Non-Institutionalized Frail Elderly Men and Women Living in British Columbia. Colombie-britannique, Gerontology Research Centre, Simon Fraser University, juillet 1987.

Canada, gouvernement du. Nouvelles initiatives fédérales de lutte contre la violence familiale (communiqué de presse), juin 1988.

Christ, Karen. "Elder Abuse: Its Relationship to Spouse Abuse". Déclaration préparée pour une audience sur les mauvais traitements aux personnes âgées tenue sous la direction de la U.S. House Select Committee on Aging à Boston, mars 1981.

Council on Scientific Affairs. "Elder Abuse and Neglect". Journal of the American Medical Association (JAMA), 257 (7), le 20 février 1987:966-71.

Douglass, Richard L. "Opportunities for Prevention of Domestic Neglect and Abuse of the Elderly", dans Preventive Human Services, 3 (1), automne 1983: 135-150.

Edinberg, Mark A. "Developing and Implementing Family-Oriented Approaches in Care of the Elderly", dans Elder Abuse: Conflict in the Family, sous la direction de Karl A. Pillemer et Rosalie S. Wolf, Dover, MA, Auburn House Publishing Company, 1986:Chapitre 11.

Elder Abuse Work Group, Standing Interdepartmental Co-ordinating Committee on Aging, Gouvernement de la Saskatchewan, Elder Abuse: A Discussion Paper, 1986.

Engelmann, Mary. Article sans titre sur le vieillissement et l'invalidité présenté à la Conférence sur le vieillissement et l'invalidité, le 5 juillet 1986.

Ferguson, Doris et Cornelia Beck. "H.A.L.F. - A Tool to Assess Elder Abuse Within the Family", dans Geriatric Nursing, septembre/octobre 1983:301-304.

Finkelhor, David et Karl Pillemer. "Correlates of Elder Abuse: A Case Control Study", texte distribué à la National Conference for Family Violence Researchers, Durham, N.H., U.S.A., juillet 1987.

Fulmer, Terry et Terrie Wetle. "Elder Abuse Screening and Intervention", dans Nurse Practitioner, mai 1986:33-38.

Fulmer, Terry. "Elder Abuse Assessment Tool", dans Dimensions of Critical Care Nursing, 3 (4), juillet-août 1984:216-220.

Giordano, N.H. et J.A. Giordano. "Elder Abuse: A Review of the Literature", dans Social Work, 29, 1984:232-236.

Girard, Paul. "Elder Abuse and its Impact on Hospital Social Work", travail non publié par le directeur du département de travail social du Victoria General Hospital de Halifax, Nouvelle-Ecosse.

Hall, Philip A. "Minority Elder Maltreatment: Ethnicity, Gender, Age and Poverty", dans le Journal of Gerontological Social Work, 9 (4), 1986:52-72.

Hirst, Sandra et Jean Miller. "The Abused Elderly", dans le Journal of Psychosocial Nursing, 24 (10), 1986:28-34.

Hooyman, Nancy R. et al. "Serving the Vulnerable Elderly: The Detection, Intervention and Prevention of Familial Abuse", dans Urban and Social Change Review, 15 (2), 1982:9-13.

Hudson, Margaret et Tanya Johnson, "Elder Neglect and Abuse: A Review of the Literature", dans l'Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 6, 1986: 81-133.

Ile du Prince-Edouard, gouvernement de l', Adult Protection Act, 1987.

Katz, Kathryn D. "Elder Abuse", dans le Journal of Family Law, 18, 1979-80: 695-722.

Korbin, Jill E. et al. "Elder Abuse and Child Abuse: Commonalities and Differences", travail présenté à la Conférence du New Hampshire sur la violence familiale, en 1987.

Miron, Maurice. "Cross Canada Consultation on Elder Abuse", rapport rédigé pour un usage interne au sein de Santé et Bien-être social Canada, par le conseiller senior de la Elder Abuse, Family Violence Prevention Division, 1988.

Moore, Terence et Victor Thompson. "Elder Abuse: A Review of Research, Programmes and Policy", dans Le Travailleur social, 55 (3), automne 1987: 115-122.

Nouvelle-Ecosse, gouvernement de la

Nova Scotia, Senior Citizens Secretariat. "Elder Abuse: Everyone's Concern", pas de date.

Office national du film. Guide d'étude du vidéo "A House Divided", 1988.

O'Malley, Terence et al. "Identifying and Preventing Family-Mediated Abuse and Neglect of Elderly Persons", dans Annals of Internal Medicine, 98 (6), 1983:998-1005.

Ontario Advisory Council on Senior Citizens. A Report on Elder Abuse, février 1986.

O'Rourke, Margaret. "Elder Abuse: the State of the Art", préparé pour le groupe Legal Research and Services for the Elderly, 2 Park Square, Boston, MA 02116, U.S.A., 1981.

Palincsar, John et Deborah Crouse. "The Physician's Role in Detecting and Reporting Elder Abuse", dans le Journal of Legal Medicine, 3 (3), 1982: 413-441.

Pillemer, Karl et David Moore. "Abuse of Patients in Nursing Homes: Findings from a Random Sample Survey of Staff", travail présenté à la 2e Conférence sur les mauvais traitements aux personnes âgées (Conference on Elder Abuse), parainé par le Toronto Mayor's Committee on Aging, Toronto, le 26 février 1988. Disponible au Family Research Laboratory, University of New Hampshire, Durham, N.H. 03824, U.S.A.

Pillemer, Karl et David Finkelhor. "The Prevalence of Elder Abuse: A Random Sample Survey", texte distribué à la National Conference for Family Violence Researchers (Conférence nationale de chercheurs sur la violence familiale), Durham, N.H., juillet 1987.

Pillemer, Karl et Rosalie Wolf. Elder Abuse: Conflict in the Family, Auburn House Publishing Co., 1986.

Podnieks, Elizabeth. "Elder Abuse: It's Time We Did Something About It", dans The Canadian Nurse, décembre 1985:36-39.

Podnieks, Elizabeth. "Increasing Awareness of Indicators of Elder Abuse", notes pour les étudiants en nursing, Ryerson School of Nursing, 1985.

Podnieks, Elizabeth. "Abuse of the Elderly", travail d'études spécialisées, faisant partie des exigences de la licence en études du milieu (Master of Environmental Studies), York University, 1981.

Pratt, Clara C. et al. "Service Workers' Responses to Abuse of the Elderly", dans Social Casework: The Jornal of Contemporary Social Work, mars 1983: 147-152.

Purdy, Sheila. "Elder Abuse - The Hidden Crime", travail présenté à un débat sur les mauvais traitements à Ottawa en avril 1988, reproduit dans le compte rendu, et disponible au Council on Aging of Ottawa-Carleton, 256 King Edward Avenue, OTTAWA, Ontario K1N 7M1, avril 1988.

Rathbone-McCuan, Eloise et Barbara Voyles. "Case Detection of Abused Elderly Parents", dans l'American Journal of Psychiatry, 139 (2), février 1982: 189-192.

Saskatchewan, gouvernement de la (Voir dans la présente bibliographie: Elder Abuse Work Group)

Shell, Donna. Protection of the Elderly: A Study of Elder Abuse, Manitoba Association on Gerontology et le Manitoba Council on Aging, 7th Floor, 175 Hargrave Street, WINNIPEG, Manitoba R3C 3R8, 1982.

Steinmetz, Suzanne K. "Elder Abuse", dans Aging, janvier/février 1981:6-10.

Stevenson, Carol. Family Abuse of the Elderly in Alberta, préparé pour le Senior Citizens Bureau, octobre 1985.

Stone, Leroy et Susan Fletcher. The Seniors Boom: Dramatic Increases in Longevity and Prospects for Better Health, Statistique Canada, Catalogue 89-515, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, 1986.

Tarbox, Arthur R. "The Elderly in Nursing Homes: Psychological Aspects of Neglect", dans Clinical Gerontologist, 1 (4), 1983:39-51.

Terre-Neuve, gouvernement de, Neglected Adults Welfare Act, 1973.

Toronto Mayor's Committee on Aging, Elder Abuse: A Shared Problem, août 1984.

Wolf, Rosalie. "Spouse Abuse and Neglect in the Aging Family", travail distribué à la National Conference for Family Violence Researchers, Durham, N.H., U.S.A., juillet 1987.

APPENDICE 1

1. LES DILEMMES SOULEVES PAR LES MAUVAIS TRAITEMENTS AUX PERSONNES AGEES

1.1 Contexte

L'intérêt public à l'égard du problème des mauvais traitements envers les personnes âgées dérive de la sensibilisation à d'autres formes de violence. Dans les années soixante, les recherches sur les enfants maltraités ont mis à jour le problème de la violence à l'endroit des femmes. Dans les années soixante-dix, les recherches sur les femmes battues ont révélé que des femmes âgées étaient maltraitées par leurs enfants; des études encore plus poussées ont alors été entreprises sur le problème des mauvais traitements envers les personnes âgées. Dans les années quatre-vingt, nous nous intéressons de plus en plus à toutes les formes de mauvais traitements dont sont victimes nos aînés: exploitation financière, mauvais traitements physiques et psychologiques et négligence.

Des chercheurs, des décideurs et des praticiens ont constaté la présence de certains dénominateurs communs dans les trois formes de violence (envers les enfants, les femmes et les personnes âgées), désignées sous le terme générique de "violence familiale". En plus de ces caractéristiques communes, le phénomène des mauvais traitements envers les personnes âgées soulève plusieurs dilemmes. Le présent document énonce brièvement les points communs entre les trois formes de violence familial puis s'attarde sur certains aspects propres au problème des mauvais traitements envers les personnes âgées.

1.2 Similarités avec les autres formes de violence familiale

Comme dans les autres formes de violence familiale, les victimes et les familles se trouvent isolées socialement et parfois même géographiquement. Les victimes sont dans une position de faiblesse et de dépendance vis-à-vis de leur agresseur. Les mauvais traitements ont lieu lorsque les membres de la famille supposés être responsables ne disposent pas des ressources nécessaires-matérielles, sociales, psychologiques ou financières - pour s'occuper efficacement des autres membres de la famille. De plus, il s'agit souvent de personnes souffrant d'alcoolisme, présentant des caractères psychopathologiques, ayant peu d'estime d'elle-même et sans emploi. Dans bien des cas, ces personnes ont elles-mêmes souffert de violence familale. La très grande majorité des victimes sont des femmes.

1.3 Les dilemmes soulevés par les mauvais traitements envers les personnes âgées

Le problème des mauvais traitements envers les personnes âgées présente des caractéristiques qui lui sont propres ou plus extrêmes que celles du problème de la violence à l'endroit des femmes et des enfants. Il s'agit des caractéristiques suivantes:

- l'isolement complet de certaines personnes âgées

- l'état de dépendance dû à des incapacités ou à des problèmes liés au vieillissement
- les risques d'être placées en établissement
- le manque de ressources pour le soin des parents âgés dépendants
- la honte d'être un parent maltraité
- les attitudes sociales à l'endroit des personnes très âgées

1.3.1 L'isolement

L'isolement, considéré comme un facteur-clè contribuant à toutes les formes de violence familiale, peut s'avérer encore plus grave dans le cas d'une personne âgée fragile et dépendante que pour une épouse ou un enfant. Les personnes âgées maltraitées, surtout celles qui vivent avec leurs enfants, n'ont parfois aucun contact avec une personne ou un groupe en mesure de les défendre ou de les aider.

Une femme au foyer, par exemple, doit accomplir certaines tâches à l'extérieur de la maison - faire les courses, aller à la banque, conduire les enfants à l'école. Ces activités lui donnent l'occasion de signaler (intentionnellement ou non) les mauvais traitements dont elle est victime et de demander des conseils ou de l'aide. Pour une femme maltraitée qui travaille à l'extérieur, les occasions sont encore plus nombreuses de chercher de l'aide ou de s'en voir offrir par un collègue qui remarque les signes de mauvais traitements ou par un employeur qui réussit à connaître les motifs de ses absences répétées.

Un enfant intégré au système pré-scolaire ou scolaire a lui aussi plus de contacts avec le monde extérieur et il aura vraisemblablement la chance d'être examiné par un médecin à l'occasion d'une maladie infantile. Les cas de violence à l'endroit des enfants sont donc plus faciles à dépister.

Par contre, les personnes âgées qui n'ont pas d'activités quotidiennes dans leur quartier, ne font pas partie de la population active ni d'un système social officiel (comme le système scolaire) et dont le réseau social ne cesse de se rétrécir suite au décès ou à l'invalidité de leurs amis, se retrouvent parfois complètement isolées et délaissées. Elles courent donc plus de risques que les jeunes d'être victimes de mauvais traitements répétés et prolongés.

Un autre facteur d'isolement chez les personnes âgées est peut-être leur manière d'intérioriser les attitudes de la société à leur égard - par exemple, elles peuvent avoir le sentiment d'être inutiles et peu intéressantes et chercher à se retirer de la société. Ou encore, elles sont parfois tout simplement incapables de sortir à cause d'une incapacité quelconque et refusent l'aide offerte. On peut donc dire que des facteurs d'ordre structurel, physique et psychologique contribuent à l'isolement des personnes âgées dans notre société.

1.3.2 Dépendance

Les conclusions des études sur la violence familiale font ressortir le lien entre la dépendance et les mauvais traitements. Les personnes très âgées sont souvent plus dépendantes des autres que les membres des autres groupes d'âge (sauf les très jeunes enfants) pour leurs activités quotidiennes, en raison d'incapacité physique, de déficience cognitive ou d'un problème financier-tous ces facteurs sont liés au vieillissement.

L'incapacité physique peut être grave, comme dans un cas de paralysie résultat d'une attaque d'apoplexie; moyenne, comme le manque de mobilité causés par l'arthrite; ou légère, comme la faiblesse musculaire et le manque d'équilibre causés par le vieillissement. Les risques d'incapacité physique s'accroissent avec l'âge. Aussi les probabilités sont-elles plus nombreuses qu'une personne âgée devienne partiellement ou totalement dépendante des autres pour l'exécution de ses activités quotidiennes.

La déficience cognitive est un problème courant chez les personnes âgées. Son incidence, surtout celle de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles connexes, s'accroît considérablement avec l'âge. Comme la population très âgée croît à un rythme plus rapide que n'importe quel autre groupe d'âge, il y a de plus en plus de personnes âgées souffrant de déficience cognitive qui se retrouvent à la merci, pour leurs soins, de personnes sans expérience et parfois rancunières. De plus, les personnes âgées souffrant de confusion ou de démence peuvent parfois devenir très difficiles et violentes elles-mêmes, ce qui crée une situation propice aux mauvais traitements.

Les personnes âgées économiquement désavantagées, surtout les femmes (dont la situation économique est une conséquence typique des obstacles structuraux échappant à leur contrôle) se retrouvent souvent dans une position de dépendance un peu à la manière des enfants. Contrairement aux jeunes adultes, toutefois, elles sont rarement en mesure de gagner de l'argent. En conséquence, elles sont parfois obligées de troquer leur bien-être contre la survie.

En résumé, en raison des nombreux facteurs liés au processus du vieillissement qui échappent au contrôle des personnes âgées elles-mêmes, celles-ci doivent compter sur l'aide d'autrui pour leurs activités quotidiennes, ce qui les rend plus vulnérables aux mauvais traitements.

1.3.3 Les risques d'être placées en établissement

Avec une espérance de vie plus longue, les personnes âgées faibles, plus que tout autre groupe de personnes, passeront vraisemblablement une partie de leur vie dans des établissements comme des maisons pour personnes du troisième âge, des maisons de soins infirmiers et des hôpitaux pour malades chroniques. Les recherches ont révélé que les mauvais traitements se produisent également dans ce genre d'établissements: mauvais traitements physiques - traitement rude et brusque; psychologiques - infantilisation et injures; exploitation économique-vol des effets personnels et négligence - plaies de lit, vêtements souillés, etc.

Les personnes âgées vivant en établissement sont parfois très isolées en raison de l'absence de soutien familial (il s'agit dans bien des cas de femmes âgées célibataires ou veuves sans enfants ou de personnes sans famille immédiate). En cas de mauvais traitements, elles n'ont personne vers qui se tourner et elles n'osent rarement signaler les mauvais traitements au personnel de l'établissement par crainte de représailles sous forme de sévices accrus ou de flagrante négligence, ou encore de peur de perdre leur "chez-soi', malgré la situation.

Même lorsque le problème existe, les employés de ces établissements sont souvent peu enclins à imposer des mesures de discipline à leurs collègues ou à les dénoncer. Ils sont parfois tellement habitués à certaines formes de mauvais traitements qu'ils ne les considèrent même pas comme tels.

Ainsi, des personnes âgées frêles, surtout celles qui n'ont pas de famille pour veiller sur elles, risquent de passer une partie de leur vie dans des établissements et d'être victimes de mauvais traitements ou de négligence de la part du personnel chargé de les soigner. Cette situation dépasse les limites du problème de la "violence familiale".

1.3.4 Suffisance des ressources

Loger et soigner un parent âgé requérant des soins quotidiens nocessite tout un éventail de ressources: une pièce à la maison, la force physique et morale, assez d'argent pour la nourriture et les dépenses supplémenaires, la compréhension des incapacités d'ordre phsyique ou mental dont souffre la personne âgée et la maturité émotionnelle pour y faire face, un réseau d'aide composé de membres de la famille ou d'un organisme d'aide pour assurer la relève, une formation dans les soins de base: comment soulever la personne ou lui donner un bain, et le plus important, le temps et la volonté de prodiguer des soins. Certaines personnes ayant la garde d'un ou deux parents âgés ne possèdent pas ces ressources. La situation est encore plus grave lorsque ces personnes responsables sont elles-mêmes âgées, infirmes ou démunis financièrement. En général, plus elles manquent de ressources, surtout de maturité émotionnelle, de force morale et d'argent, plus grands sont les risques de mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées.

Pour les personnes âgées (surtout les femmes) qui sont victimes de mauvais traitements et souhaitent échapper à leur agresseur, les ressources sont rares. Les maisons de transition pour femmes battues n'accueillent pas de femmes âgées. Vivre dans une maison de soins infirmiers est souvent prie, à leurs yeux, que de continuer de vivre à la maison, malgré les mauvais traitements.

Les établissements de soins à long terme ont besoin de resources innombrables pour prendre soin des personnes âgées dépendantes, surtout de celles qui souffrent de démence: un personnel suffisamment nombreux et compétent capable de compendre et de soigner les résidents; des ressources financières suffisantes pour répondre aux besoins des résidents sur les plans social, psychologique, mental et spirituel; un endroit privé réservé exclusivement au personnel soignant; un espace suffisamment grand garantissant une certaine intimité aux résidents et une protection contre les autres résidents susceptibles d'avoir une conduite irrationnelle, irritante et violente; les

meilleurs soins possibles; et un personnel de soutien pour les soins quotidiens. Trop d'étalissements pour personnes du troisième âge ne possèdent pas ces ressources indispensables et deviennent le théâtre de mauvais traitements et de négligence.

Ainsi, les ressources requises pour offrir de manière satisfaisante les soins dont les personnes âgées ont esoin pour leurs activités quotidiennes sont très nombreuses et elles ne sont pas faciles à trouver. La carence de telles ressources peut contribuer à la fréquence des abus à l'endroit des personnes âgées.

1.3.5 La honte d'être une personne maltraitée

Les personnes âgées maltraitées par leurs enfants sont marquées par la honte d'avoir élevé des enfants qui les maltraitent. C'est pourquoi elles refusent de signaler les sévices dont elles sont victimes et elles iront jusqu'à nier avoir été maltraitées, malgré les preuves du contraire.

Bien que les sentiments de culpabilité et de reponsabilité ressntis par la victime ne soient pas le fait seulenment des personnes âgées maltraitées, leur situation est parfois différente de celle des épouses et des enfants violentés en ce sens que leur sentiment de culpabilité est parfois justifié - par exemple, si elles ont elles-mêmes maltraité leurs enfants.

Comme le problème des mauvais traitements envers les personnes âgées vient seulement d'être porté à la connaissance du public, les victimes ne sont pas aussi bien informées queles femmes ou ls enfants sur leurs droits ou sur la volonté des corps publics de prévenir et de soulager les mauvais traitement. Si elles étaient mieux informées, elles pourraient plus facilement surmonter le sentiment de honte et de culpabilité qui les tourmente trop souvent. Les personnes âgées souffrant de confusion, de surdité, de cécité ou d'un isolement total du monde extérieur - et ce sont celles qui sont le plus exposées aux mauvais traitements - manquent probablement totalement d'informations à ce sujet.

1.3.6 Attitudes de la société à l'égard des aînés

Il est certes au détriment des personnes âgées que, dans notre culture, les signes du vieillissement et de la vieillessse suscitent une réaction négative. Les recherches portant sur les attitudes ont révélé que les professionnels tout autant que la population en général nourrissent des préjugés défavorables à l'endroit des personnes âgées. Ces dernières sont souvent considérées ou représentées comme inutiles, peu attrayantes, lentes, plaignardes, entêtées, confuses et asexuées. Au yeux des membres de la famille également, il semble que les aînés dépendants attirent beaucoup moins de sympathie que les jeunes enfants. Le déclin des capacités physiques et mentales contrastent avec la croissance et l'éveil des enfants et peuvent être une source de découragement pour les donneurs de soins.

Les enfants, les femmes et les personnes souffrant d'un handicap physique reçoivent généralement beaucoup plus d'attention et d'aide de la part des professionnels et du public que les personnes âgées. Par exemple, les vedettes

vont spontanément donner de leur temps pour réunir des fonds pour un hôpital pour enfants ou pour la recherche sur les maladies infantiles mortelles. Les groupements de femmes reçoivent des dons de nombreuses sources à des fins de recherche, de réalisation de projets et d'éducation et ils peuvent compter sur de puissants groupes de pression oeuvrant pour l'égalité des femmes. Les personnes handicapées ont réussi à faire modifier les codes de construction et de planification urbaine et elles ont leurs défenseurs. Mais qu'en est-il des vulnérables personnes âgées?

Tant que la vieillesse ne sera pas considérée comme normale, les personnes âgées continueront d'être défavorisées par les attitudes négatives de la société à leur égard et par le peu d'efforts déployés par les corps publics pour améliorer leurs conditions de vie.

1.3.7 Résumé

En résumé, le problème des mauvais traitements envers les personnes âgées présente des caractéristiques qui le distinguent des autres formes de violence familiale:

- les personnes âgées sont parfois totalement coupées de la société et délaissées, ce qui les exposent aux mauvais traitements;
- leur état de dépendance est en grande partie dû aux incapacités et désavantages liés au vieillissement sur lesquels elles n'ont aucun contrôle;
- les personnes âgées frêles sont plus susceptibles que tout autre groupe d'âge de passer une partie de leur vie dans des établissements où elles peuvent être maltraitées par le personnel soignant - ce problème dépasse celui de la violence familiale;
- les ressources requises pour prendre convenablement soin d'une personne âgée dépendante qui a besoin d'aide pour ses activités quotidiennes sont très nombreuses et difficiles à trouver;
- la honte et le sentiment de culpabilité d'être un parent maltraité sont difficiles à surmonter, surtout dans le cas d'une personne qui a elle-même maltraité ses enfants et également parce que le public n'est pas suffisamment sensibilisé au problème de la violence à l'endroit des personnes âgées et que l'aide offerte et minime;
- l'attitude négative de la société à l'égard du vieillissement et de la vieillesse retarde la solution du problème des mauvais traitements envers les personnes âgées.

1.4 Avertissements

Le but du présent document est de signaler les caractéristiques ou les dilemmes des mauvais traitements envers les personnes âgées, mais il ne faut pas conclure qu'il s'agit là d'un problème "à part", du ressort exclusif des gérontologues, des gériatres et des travailleurs sociaux en gériatrie. Il faut

plutôt le considérer comme un problème additionnel, puisque non seulement les personnes âgées maltraitées ont beaucoup en commun avec les victimes des autres groupes d'âge, mais leur problème est aggravé par des facteurs liés à la vieillesse qui échappent à leur contrôle. Ces facteurs, qui compliquent et aggravent le problème, doivent être reconnus et pris en ligne de compte par les chercheurs, les décideurs, les initiateurs de programmes, les travailleurs sociaux et toute autre personne à la recherche de solutions au problème de la violence familiale.

1.5 Questions

- Comment diminuer les risques d'isolement total des personnes âgées?
- Comment atteindre celles qui sont isolées et vulnérables?
- Comment identifier les ressources dont sont dépourvus les donneurs de soin?
- Quelle est la meilleure façon de fournir aide/formation/conseils aux personnes qui maltraitent ou risquent de maltraiter un parent âgé, surtout à celles qui résistent à toute "intrusion"?
- Comment sensibiliser, éduquer et former le personnel des établissements relativement au problème des mauvais traitements envers les personnes âgées?
- Comment mieux sensibiliser à ce problème les personnes âgées elles-mêmes et les intervenants qui travaillent auprès d'elles, comment dépister les cas, quels sont les recours disponibles et les solutions possibles?
- Comment inciter le public et les professionnels à adopter une attitude plus positive à l'égard des personnes âgées?

BIBLIOGRAPHIE

Bolton, Frank and Bolton, Susan. Working with Violent Families: A Guide for Clinical and Legal Practitioners. Sage Publications, Newbury Park, California, 1987.

Christ, Karen. "Elder Abuse: Its Relationship to Spouse Abuse". A statement prepared for a hearing on elder abuse conducted by the U.S. House Select Committee on Aging in Boston, March, 1981.

Giordano, N.H. and Giordano, J.A. "Elder Abuse: A Review of the Literature". Social Work, 29, 1984:232-236.

Kimsey, Larry et al. "Abuse of the Elderly - The Hidden Agenda. 1. The Caretakers and the Categories of Abuse". Journal of the American Geriatrics Society, v.XXIX (10), October 1981:465-471.

Steinmetz, Suzanne K. "Elder Abuse". Aging, Jan/Feb 1981:6-10.

2. FICHE DE RENSEIGNEMENT: LA PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE SUR LES MAUVAIS TRAITEMENTS ENVERS LES PERSONNES AGEES

2.1 Généralités

La recherche est essentielle pour comprendre la nature et l'ampleur de ce problème dans notre société et éventuellement, pour en définir les causes et les solutions.

Par contre, il est extrêmement difficile de réaliser des recherches sur la violence à l'endroit des personnes âgées en raison de la nature même du problème. Nous savons que ce phénomène se produit la plupart du temps "derrière des portes closes", au sein même de la famille. Les cas sont rarement signalés parce que les victimes sont souvent incapables de définir leur problème ou d'en parler, elles sont parfois trop honteuses d'avoir élevé des enfants qui les maltraitent, ou elles craignent d'être chassées de la maison familiale ou de l'établissement où elles vivent.

Le présent document porte sur la difficulté de réaliser des recherches sur les mauvais traitements envers les personnes âgées. Il ne s'agit pas d'une énumération des faiblessses et des forces des méthodes utilisées, non plus que d'une exploration académique des complexités des diverses méthodes, outils et tests ayant servi à la recherche. Le document fait plutôt état, dans une langue simple, des problèmes rencontrés lors de l'application des méthodes normalisées de recherche au phénomène de la violence à l'endroit des personnes âgées. Notre objectif est de sensibiliser des personnes autres que des chercheurs au problème de la recherche sur les mauvais traitements envers les personnes âgées, dans l'espoir de les amener à chercher des solutions à certains problèmes inhérents au processus et à utiliser les résultats des recherches avec plus de discernement.

2.2 Explication des problèmes liés à la recherche sur les mauvais traitements envers les personnes âgées

En général, les études publiées sur les mauvais traitements envers les personnes âgées présentent un bref aperçu de la méthodologie utilisée. Les faiblessses concernent toujours les points suivants: la validité (mesurer ou atteindre avec précision les objectifs fixés); la fiabilité (recueillir des données de manière à ce que les chercheurs obtiennent des résultats similaires lors d'études successives réalisées avec les mêmes méthodes); et la généralisation (la mesure dans laquelle il est possible d'appliquer les résultats non seulement au groupe de personnes à l'étude, mais à une population donnée). Les défis à relever pour obtenir des résultats valables, fiables et généralisables sont nombreux.

2.2.1 Validité

Pour toute étude sur un sujet donné - dans le cas de la recherche sur la violence à l'endroit des personnes âgées, il existe toute une gamme de comportements, dont certains criminels - le chercheur se base soit sur ses observations de première main et ses notes, soit sur les comptes rendus d'autres personnes, leurs souvenirs ou leur interprétation des évènements.

Dans le cas des mauvais traitements envers les personnes âgées, la première méthode - l'observation directe - est presque toujours impossible à appliquer en raison d'une caractéristique-clé du problème, soit l'isolement de la victime. Même s'il est possible d'être participant (un "observant secret") dans une maison de soins infirmiers ou dans un contexte de travail social ou d'aide ménagère, par exemple, et d'observer directement les mauvais traitements, les problèmes d'éthique liés à cette méthode vont presque toujours la rendre inapplicable.

Une autre méthode est de chercher des signes ou des preuves de mauvais traitements. Cette méthode est efficace pour dépister diverses formes de mauvais traitements, mais elle n'est pas sans faiblesses. Comment réussir, par exemple, à approcher un échantillon assez important de personnes âgées pour vérifier si elles présentent des signes de mauvais traitements? Bien des professionnels (comme des médecins et des travailleurs sociaux) qui ont l'occasion de rencontrer les victimes et donc de déceler des signes de mauvais traitements ne les reconnaissent pas comme tels. Ceci est peut-être dû au fait qu'ils ne sont pas suffisamment sensibilisés au problème et qu'ils attribuent spontanément au "vieil âge" les blessures physiques, la crainte et la confusion au sujet de l'argent, alors qu'il peut s'agir de symptômes de mauvais traitements d'ordre physique ou psychologique ou d'exploitation financière. Quant aux intervenants des services sociaux qui connaissent les risques de violence dans certaines situations, ils n'ont à leur disposition aucun critère de dépistage normalisé ou reconnu sur lequel baser leur intervention.

La source la plus souhaitable de renseignements sur les mauvais traitements envers les personnes âgées est la victime elle-même; c'est cependant la plus difficile d'accès étant donné les obstacles déjà mentionnés: isolement, honte, crainte ou problèmes de communication. Un autre source d'information sont les aînés en général chez lesquels on peut obtenir un échantillonage au hasard dans un effort pour rejoindre ceux qui sont aptes à révéler qu'ils ont été victimes d'abus. C'est pourquoi les renseignements sur le problème proviennent d'"informateurs-clés" - c'est-à-dire de personnes travaillant dans les services sociaux et ayant des contacts réguliers avec des personnes du troisième âge. Les chercheurs se fient souvent à leurs comptes rendus, souvenirs ou interprétations des évènements.

Se fier sur les comptes rendus de tierces personnes pose cependant certains problèmes. Comme dans les cas de violence à l'endroit des femmes, de viol ou d'autres actes criminel contre la personne, une faible partie seulement des cas est signalée pour les raisons suivantes: premièrement, les victimes sont peu disposées à rapporter les mauvais traitements subis; deuxièmement, même lorsqu'elles sont disposées à les signaler, elles ne savent à qui ou à quel organisme s'adresser; troisièmement, il arrive qu'un agent ou un intermédiaire

- travailleur social, agent de police ou infirmière-hygiéniste - néglige de signaler le cas comme un cas de "mauvais traitements envers une personne âgée" soit parce qu'il ne reconnaît pas le cas comme tel, soit parce qu'il ne dispose d'aucun mécanisme officiel ou protocole d'intervention lui permettant de le faire.

Se fier sur les souvenirs des informateurs pose également des problèmes. Lorsqu'il interroge des intervenants - infirmières, travailleurs sociaux, agents de police, auxiliaires familiales, médecins, membres du clergé - non seulement le chercheur dépend-il du degré de sensibilisation de ses informateurs au problème et de leur conception du phénomène, qui peut être incomplète, mais encore de la fidélité de leur mémoire, de leur capacité à se rappeler les faits et leur habilité à maintenir des dossiers (quand c'est le cas). De plus, leur sincérité a des limites: par exemple, un intervenant peut chercher à protéger un collègue ou, s'il se sent lui-même coupable de mauvais traitements, il ne sera pas porté à signaler sa propre participation au problème.

Le recours à des informateurs-clés pose également un autre problème: supposons, par exemple, que trois d'entre eux - un prêtre, un travailleur social et un visiteur bénévole, travaillant dans le même quartier avec la même population de personnes âgées - relatent le même cas; le chercheur inscrira donc le même incident comme trois cas distincts. Ce problème peut se régler grâce à un examen très minutieux des dossiers des informateurs, mais rares sont les chercheurs qui auront l'autorisation de le faire et les intervenants ne tiennent pas tous des dossiers complets.

Aux problèmes liés aux comptes rendus ou aux souvenirs contradictoires s'ajoute celui posé par le vaste éventail d'interprétations et de définitions. Les définitions de "mauvais traitements envers les personnes âgées" varient passablement d'un informateur à l'autre. Par exemple, un intervenant peut signaler, en réponse à un quetionnaire, cinquante cas connus de mauvais traitements parce que pour lui, la définition de "mauvais traitements" ne signifie pas seulement les abuse d'ordre physique, psychologique ou économique, mais également la négligence bénigne. De même, un autre intervenant ne signalera peut-être que deux cas, parce que selon lui, "mauvais traitements" signifie des traitements tellement graves que la victimes doit être hospitalisée. Autrement dit, l'absence d'une définition ou d'une interprétation claire de ce qu'on entend par "mauvais traitements envers les personnes âgées" risque d'invalider les résultats mesuré ou signalé ce qu'il prétend voir fait.

Il est évidemment possible de s'en sortir en posant des questions très précises aux informateurs. "Ne jamais vous contenter d'une seule question quand vous pouvez en poser cinq". Mais pour arriver à poser des questions très précises, par exemple, sur le genre de blessures infligées aux victimes, sur les comportements couramment affichés par les personnes âgées qui ont peur de leur donneur de soins, ou sur les types d'exploitation financière par les enfants des victimes, il faut avoir des données. Il faut savoir poser les bonnes questions. Les recherches publiés jusqu'à maintenant, quoique comportant de nombreuses faiblesses sur le plan de la méthode, sont valables parce qu'elles nous ont permis d'acquérir des connaissances générales sur lesquelles baser des recherches plus précises.

Bref, il est difficle de cerner le problème des mauvais traitements envers les personnes âgées parce que les victimes sont isolées, que les symptômes ne sont pas bien connus ou définis, et que les dossiers ne sont pas tenus de manière régulière. En conséquence, les résultats des recherches ne constituent qu'une réflexion sur les impressions des informateurs, sur les dossiers de certains organismes et les récits des victimes qui ont accepté de parler. Cela ne nous donne pas de renseignements complets ou pondérés sur ce que nous cherchons à connaître, soit la nature et la fréquence du phénomène des mauvais traitements envers les personnes âgées.

2.2.2 Fiabilité

L'absence d'une définition normalisée des mauvais traitements envers les personnes âgées et des signes du problème non seulement diminue la validité de la recherche (c'est-à-dire recueillir des données et faire rapport sur ce que vous prétendez être en train d'étudier), mais également la fiabilité des résultats, soit d'obtenir des résultats similaires lors d'études similaires ou successives réalisées au moyen des mêmes méthodes.

Tout projet de recherche doit reposer sur une définition précise des paramètres et des signes du phénomène à l'étude. Dans la plupart des études et des discussions sur les mauvais traitements envers les personnes âgées, les paramètres sont considérés comme étant les mauvais traitements d'ordre physiques et psychologiques. Quant aux signes, en voici une liste partielle ou complète, selon les cas:

- mauvais traitements physiques - les douleurs physiques ou blessures infligées sciemment, le traitement rude ou brutal, les gifles, les pincements, les coups, les coups de pied, la restriction de la liberté de mouvement, les mauvais traitements sexuels;

- mauvais traitements psychologiques - l'isolement social, les insultes, l'intimidation, les cris, l'infantilisation, l'absence d'affection, la privation des privilèges.

La notion de mauvais traitements comprend souvent l'exploitation financière (ou matérielle) et la négligence. Voici une liste partielle ou complète des signes, selon les cas:

- exploitation matérielle ou financière - le vol ou l'utilisation d'argent ou d'objets de valeur appartenant à la personne âgée par un parent ou un donneur de soin;

- négligence - le refus de répondre aux besoins fondamentaux comme le chauffage, les vêtements, les soins hygiéniques et le refus de toute intervention sociale.

Comme les formes de mauvais traitements et de négligence ainsi que les nombreux signes semblent varier passablement selon les études et les discussions, les résultats des recherches sont difficilement comparables et semblent très souvent contradictoires.

Tant qu'une série de paramètres reconnus du problème des mauvais traitements ne sera pas établie, et tant qu'il n'existera pas de définitions normalisées du problème et des signes, les résultats des études continueront inévitablement de différer. Les comparer équivaut parfois à comparer des pommes et des oranges.

Pourquoi est-ce important? Pourquoi avons-nous besoin que les résultats provenant de recherches distinctes mais réalisées de la même manière soient plus ou moins concordants? Premièrement, pour nous permettre de constituer un bloc de connaissances. Deuxièmement, pour nous permettre de vérifier la fiabilité des résultats des recherches. S'ils ne s'avèrent pas dignes de confiance - si nous ne pouvons nous y fier pour révéler des faits vérifiques- nous pouvons alors nous interroger sur la validité de leur apport à notre somme de connaissances.

Les résultats d'une étude donnée peuvent être influencés par le milieu où a été réalisé l'étude. Par exemple, une étude effectuée dans une maison de soins infirmiers fera probablement ressortir l'existence de cas de mauvais traitements infligés à des femmes par des femmes. Cela veut-il dire que dans un autre cadre ou un autre milieu, la majorité des coupables et des victimes sont également des femmes? Ou que les résultats sont biaisés du fait que la grande majroité des résidnets et du personnel des maisons de soins infirmiers sont des femmes?

Les résultats d'une autre étude peuvent être influencés par les caractéristiques des personnes chargées des entrevues. S'il s'agit, par exemple, d'étudiants d'université, il peut arriver que les répondants les trouvent tellement jeunes qu'ils se montrent alors moins ouverts dans leurs comptes rendus des mauvais traitements que s'ils étaient en présence de personnes plus matures. Les comptes rendus des mauvais traitements diffèrent-ils donc en fonction des équipes chargées des entrevues.

Enfin, il peut aussi arriver que les résultats d'une autre étude soient influencés par le désir du chercheur d'être publié. Celui-ci mettra donc l'accent sur l'aspect controversé ou sensationnel des résultats, alors que ceux qui concordent avec les résultats d'autres recherches passeront inaperçus. Un autre chercheur utilisant les mêmes méthodes fournirait-il des résultats totalement différents?

De nombreux facteurs peuvent influencer les résutlats aussi bien que l'interprétation de ceux-ci. Le choix des sujets, les caractéristiques des intervieweurs et les objectifs du chercheur principal - tel qu'illustré ci-dessus- ne sont que trois exemples. Pour que tous les aspects de la somme de connaissances relatives aux mauvais traitements envers les personnes âgées soient crédibles, il est indispensable de vérifier les "connaissances" existantes. A cette fin, il faut examiner minutieusement les méthodes et objectifs des projets de recherche puis réaliser des études successives (en modifiant si possible les aspects de la méthode considérés "suspects") pour vérifier la fiabilité des résultats.

Enfin, pour accroître la fiabilité des résultats des recherches sur les mauvais traitements envers les personns âgées, il est indispensables de formuler une définition normalisée des mauvais traitements et des signes reconnus, afin

qu'il soit possible de comparer les conclusion de recherches différentes, comme on compare les pommes avec les pommes et les oranges avec les oranges.

2.2.3 Généralisation

En dernier lieu, il faut tenir compte de la mesure dans laquelle les conclusions sur les mauvais traitements envers les personnes âgées peuvent être généralisées. Si les études présentent des faiblesses sur les plans de la validité et de la fiabilité, il sera alors impossible d'appliquer les résultats au-delà du groupe à l'étude, c'est-à-dire à l'ensemble de la population âgée.

Par exemple, si l'étude signale une forte incidence de cas au sein d'une communauté autochtone, peut-on appliquer les conclusions à l'ensemble de la population âgée, des autochtones ou des habitants des régions éloignées ou encore aux populations plus pauvres que la moyenne? Est-il possible de généraliser les résultats de l'étude?

Si dans le cadre d'une étude, la majorité des victimes se plaint de mauvais traitements physiques, peut-on généraliser et conclure que les mauvais traitements infligés aux personnes âgées sont, dans la plupart des cas, des mauvais traitements physiques? Cela veut-il dire qu'il s'agit là du seul genre d'abus désigné comme "mauvais traitements" par les personnes âgées? Les résultats laissent-ils entendre que les victimes de mauvais traitements d'ordre psychologique sont plus affligées et que, pour cette raison, elles ne se manifestent pas? Dans quelle mesure peut-on généraliser les cas de mauvais traitements signalés par la victime elle-même?

Si dans une province donnée, par exemple, les agents de police sont bien informés et tiennent minutieusement leurs dossiers, peut-on alors dire que les données consignées s'appliquent au reste du Canada? Y a-t-il un rapport entre le fait d'être bien informé sur les cas de mauvais traitements et l'incidence du signalement des cas? Dans quelle mesure les caractéristiques d'une province - climat, composition ethnique, vocation rurale ou urbaine, population - ont-elles une influence sur l'incidence et la nature des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées?

De nombreux facteurs peuvent rendre difficile la généralisation des résultats des recherches sur la violence à l'endroit des personnes âgées. Comme il n'existe pas de définition normalisée du problème et des signes des mauvais traitements envers les personnes âgées, et comme il est difficile de cerner de manière précise et pondérée la nature et la fréquence du problème, les chercheurs et les utilisateurs des résultats doivent faire preuve de prudence avant d'appliquer les conclusions d'une étude à une population et à un milieu autres que ceux à l'étude.

2.3 Quel genre de recherches faut-il faire?

Il est nécessaire d'élargir nos connaissances et notre compréhension du phénomène des mauvais traitements envers les personnes âgées dans un objecif de prévention et d'amélioration. Pour y arriver, la recherche est indispensable- la recherche sous toutes ses formes - par exemple: analyser la documentation

provenant d'autres pays, pour élargir nos perspectives; examiner les dossiers des travailleurs sociaux, médecins, agents de police, employés des services d'urgence, infirmières-hygiénistes et autres intervenants, pour avoir une meilleure idée du genre de mauvais traitements et de la distribution du problème; s'entretenir avec des agresseurs et des victimes, pour obtenir des comptes rendus descriptifs; analyser l'ensemble des caractéristiques des coupables et des victimes et étudier toutes les variables possibles pour établir quelles combinaisons exposent la personne âgée à une forme particulière de mauvais traitements; évaluer les programmes et les protocoles d'intervention mis au point pour résoudre le problème de la violence à l'égard des aînés pour en identifier les éléments essentiels et ceux qui ne donnent pas de résultats.

Il faudrait également examiner attentivement les situations où ce phénomène est absent, c'est-à-dire les familles et les établissements où les personnes âgées et faibles, y compris celles souffrant de démence, reçoivent des soins affectueux et identifier les facteurs positifs communs à ses situations bienveillantes.

2.4 Suggestions visant l'amelioration de la recherche sur les mauvais traitements envers les personnes agees

Pour mener une recherche à bien, trois éléments sont nécessaires:

- une définition normalisée des mauvais traitements envers les personnes âgées, des paramètres et des signes du problème;

- des guides très spécifiques de dépistage, conçus en fonction des indicateurs, à l'intention non seulement du personnel infirmier et médical, mais également des travailleurs sociaux;

- des protocoles d'intervention pour chaque groupe professionnel ou établissement pour faciliter le signalement des cas suspects ou vérifiés de violence à l'endroit des personnes âgées.

Lorsque ces éléments seront en place, nous pourrons alors réaliser des recherches sur l'incidence et la nature des mauvais traitements envers les personnes âgées et obtenir des résultats valables, dignes de foi et généralisables.

2.5 Questions

- Que comprend la définition des mauvais traitements envers les personnes âgées? Comprend-elle seulement les mauvais traitements d'ordre physique, psychologique ou économique infligés intentionnellement à une personne âgée? Comprend-elle la négligence?

- Qu'entend-on par mauvais traitements physiques? Battre une personne, la pousser? La rudoyer? Quoi d'autre?

- Qu'entend-on par mauvais traitements psychologiques? Proférer des menaces? Dénigrer une personne L'infantiliser? Quoi d'autre?

- Qu'entend-on par exploitation financière? Doit-on adhérer aux paramètres légaux du vol et de la fraude ou doit-on élargir la définition? Que penser du vol des effets personnels des résidents des maisons de soins infirmiers? Est-ce de l'abus?

- Quels sont les signes des diverses formes de mauvais traitements physiques infligés aux personnes âgées?

- Quels sont les signes des mauvais traitements psychologiques comme les menaces, l'infantilisation, le dénigrement?

- Comment dépister les cas d'exploitation financière des personnes âgées, soit par leurs enfants, soit par des étrangers peu scrupuleux?

- Quels sont les signes de la négligence? Comment savoir si ces symptômes sont le fait de la négligence, de la pauvreté, de l'indifférence ou de l'entêtement?

- Quels intervenants devraient être chargés de l'établissement des protocoles d'intervention pour le signalement des cas suspects et confirmés de mauvais traitements envers les personnes âgées? Commend évaluer l'efficacité des protocoles d'intervention?

3. FICHE DE RENSEIGNEMENT: PREVENTION

3.1 Contexte

Au cours des vingt dernières années, on a pu brosser un tableau plus précis de l'ampleur et des conséquences de la violence au sein de la famille. Le mythe voulant que la famille soit un refuge d'affection pour ses membres ne cesse d'être remis en question depuis que nous avons été sensibilisés, dans les années soixante, au problème des enfants maltraités, à celui des femmes battues, dans les années soixante-dix, et à celui des mauvais traitements envers les personnes âgées dans les années quatre-vingt.

Les victimes de la violence familiale sont des personnes qui se trouvent dans un état de faiblesse et de dépendance par rapport à leur agresseur. Les personnes âgées, particulièrement les malades chroniques, les handicapés, les personnes à faible revenu, les femmes ou les membres des minorité ethniques, sont plus exposées aux mauvais traitements. En général, ces personnes ont peu de contacts à l'extérieur de la maison. De plus, en raison de problèmes d'incapacité physique, de mobilité limitée ou d'isolement, il leur est très difficile de communiquer avec des personnes susceptibles de leur venir en aide ou avec des réseaux d'aide de la communauté. La société, par des normes généralement reconnues, vénère le caractère sacré de la famille et son droit à la protection de la vie privée et encourage ainsi la famille à cacher aux autres le problème des mauvais traitements.

L'"âgisme", ou les atitudes négatives à l'endroit des personnes âgées, contribue à la victimisation de ces dernières. Dans notre société, les vieillards sont souvent perçus comme des personnes confuses, dépendantes, malades, faibles et improductives. Ces stéréotypes négatifs déhumanisent les aînés et encouragent certains à les maltraiter ou à ignorer leurs besoins sans aucun sentiment de culpabilité. De plus, lorsqu'elles intériorisent ces attitudes négatives les personnes âgées finissent par avoir une piètre opinion d'elles-mêmes et de leur valeur. Ces perceptions négatives d'elles-mêmes se traduisent par un comportement passif et soumis qui les expose encore davantage aux mauvais traitements et à la négligence.

La violence familiale à l'endroit d'un parent âgé se produit lorsque les personnes supposément responsables ne possèdent pas les ressources adéquates-matérielles, sociales, psychologiques ou économiques - pour s'occuper des aînés de la famille. Les agresseuers souffrent souvent d'alcoolisme, présentent des caractères psychopathologiques, ils ont une piètre opinion d'eux-mêmes et éprouvent des problèmes d'emploi.

Dans une grande proportion des cas, il s'agit de violence entre conjoints, ce qui indique que les personnes âgées sont plus nombreuses à vivre avec leur conjoint(e) qu'avec leurs enfants. Les mauvais traitements sont également infligés par des fils ou des filles ayant la charge de leur vieux parents dépendants. Il s'agit souvent de personnes d'un certain âge, elles-mêmes aux

prises avec des problèmes de santé et d'argent. En plus de continuer de répondre aux besoins de leurs propres enfants encore à charge, elles doivent faire face aux nouveaux besoins et à la dépendance de plus en plus lourde de leurs parents âgés. Dans bien des cas, ces personnes travaillent à l'extérieur et elles ont l'impression de ne pas avoir suffisamment de temps pour répondre à leurs propres besoins, sans parler de ceux d'un parent dépendant. Le stress et la frustration, ajoutés aux problèmes personnels ou familiaux, peuvent être la cause des mauvais traitements.

Le phénomène des mauvais traitements envers les personnes âgées se produit également dans les établissements. Non seulement les résidents y souffrent-ils d'isolement et de négligence psychologique (par exemple, privation du milieu), mais les mauvais traitements physiques et psychologiques semblent y être courants. Le travail dans ces établissements est stressant et physiquement dur. Souvent, le personnel n'a reçu aucun cours ou formation spécialisée pour comprendre les demandes et les besoins des résidents et y répondre convenablement. Les employés les plus susceptibles d'infliger des mauvais traitements sont ceux qui sont insatisfaits de leur emploi, qui souffrent d'épuisement, qui ont des conflits avec certains résidents et qui affichent des attitudes négatives à l'endroit des personnes âgées.

Les personnes très âgées, de plus de 75 ans, sont les plus exposées aux mauvais traitements; cette tranche de la population canadienne croît à un rythme plus rapide que tout autre groupe d'âge. Comme l'espérance de vie est plus longue, les aînés de la société - il s'agit surtout de femmes - sont plus vulnérables aux mauvais traitements et à la négligence. Il est urgent de prendre des mesures préventives parce que c'est là un problème que nous aurons probablement tous à affronter un jour, dnas notre vie professionnelle ou privée.

3.2 Orientation et éléments des stratégies de prévention

Lors du choix des objectifs et des stratégies d'intervention face au problème des mauvais traitements envers les personnes âgées, il faut distinguer trois niveaux de prévention. La prévention primaire, ou la prévention de l'incidence des mauvais traitements, est l'objectif ultime. La prévention secondaire a pour objectif de reconnaître la dynamique du problème le plus tôt possible et d'assurer un traitement précoce. La prévention tertiaire a pour objectif de diminuer les effets des mauvais traitements et d'aider les victimes à atteindre leur niveau maximal de santé et de sécurité. Ces trois niveaux de prévention ont une orientation commune.

3.2.1 Orientation des stratégies de prévention

- Pour être efficace, une stratégie de prévention doit englober un large éventail de programmes et de services à l'intention de la personne, la famille, la communauté et l'ensemble de la société.

- Les programmes et services de prévention doivent reconnaître la complexité du problème des mauvais traitements envers les personnes âgées, sa dynamique et ses diverses origines et y répondre.

- Les stratégies de prévention doivent prévoir des mesures visant à faire connaître et à promouvoir la valeur intrinsèque de tous les membres de notre société, sans égard à l'âge, au sexe ou à la race.

- Dans le traitement des personnes âgées maltraitées, il convient d'appliquer la "solution la moins restrictive". Il faut permettre à la victime de conserver, dans la mesure du possible, son auto-suffisance et son auto-détermination tout en supprimant ou en réduisant la menace de mauvais traitements physiques ou émotionnels à son endroit.

3.2.2 Eléments d'une stratégie de prévention primaire

- Sensibiliser le public à la non-violence pour faire renverser la tendance de la société à accepter la violence.

- Aider le public et les professionnels à comprendre le processus normal du vieillissement afin de les sensibiliser davantage au problème des mauvais traitements et de dissiper l'image négative des personnes âgées.

- Utiliser tous les moyens possibles pour réduire, au sein de la famille, les sources de stress susceptibles de précipiter la violence et les mauvais traitements.

- Faciliter l'établissement de relations profitables entre les familles, leurs voisins et la communauté pour briser l'isolement dont souffrent de nombreuses familles.

- Modifier l'équilibre des pouvoirs, le processus décisionnel et le partage des tâches domestiques au sein des familles pour réduire les inégalités et la discrimination dont sont victimes les personnes âgées et les femmes.

- Mettre un terme aux exemples de violence qui se répètent d'une génération à l'autre dans certaines familles.

- Elaborer des mesures législatives et des politiques visant à protéger les droits des personnes âgées au sein de la communauté et des établissements.

- Promouvoir les intérêts des personnes âgées, formuler leurs besoins spéciaux et encourager le respect de l'étape de la vie qu'est le vieillissement.

- Sensibiliser le public et les professionnels au problème des mauvais traitements envers les personnes âgées et les aider à le comprendre.

- Effectuer des recherches pour nous amener à mieux comprendre la nature et les causes du phénomène des mauvais traitements envers les personnes âgées et mettre au point des outils d'évaluation fiables et valables.

3.2.3 Eléments des stratégies de prévention secondaire et tertiaire

- Sensibiliser les personnes âgées à leurs droits, aux moyens de se protéger et aux services communautaires qui leur sont offerts.

- Sensibiliser les donneurs de soins au processus normal du vieillissement, aux soins à prodiguer aux personnes âgées et aux ressources disponibles pour les aider à exercer leur rôle de donneurs de soins.

- Eduquer et former le personnel des établissements dans le but d'améliorer la qualité des soins prodigués et de réduire leur stress.

- Mettre au point des cours spécialisés et une formation en gérontologie dans les écoles professionnelles (service social, droit et médecine), les collèges communautaires et les académies de police.

- Eduquer et former les praticiens oeuvrant dans le domaine relativement au processus normal du vieillissement, aux mauvais traitements envers les personnes âgées, à l'évaluation et au traitement des sévices.

- Multiplier les services d'aide à l'intention des personnes chargées du soin d'un parent âgé, par exemple: service de relève, service de jour, personnes de compagnie, service de santé, service de soins à domicile et groupes de soutien pour les familles afin de réduire les sources de stress.

- Faire appel à des réseaux d'aide naturels (amis, voisins) pour rompre l'isolement ainsi qu'à des "gardiens" (facteurs, pharmaciens) pour surveiller les signes de mauvais traitements.

- Fournir des services aux personnes âgées maltraitées par l'intermédiaire des hôpitaux, des organismes et des équipes pluridisciplinaires de professionnels et paraprofessionnels oeuvrant dans la communauté.

- Etablir des protocoles d'intervention et des procédures pour déceler les cas suspects de mauvais traitements dans la communauté et les établissements.

- Etablir des normes et lignes directrices relatives au soin bienveillant des personnes âgées dans les établissements ainsi que des mesures disciplinaires appropriés pour les employés qui ne les respectent pas.

- Créer une liaison téléphonique permanente à l'intention des employés des services sociaux qui craignent de devenir eux-mêmes violents ou qui ont été témoins de violence ainsi que des personnes âgés qui sont maltraitées ou exposées aux mauvais traitements.

- Mettre au point des solutions souhaitables d'hébergement pour les personnes âgées maltraitées qui ont besoin d'aide ppour leurs activités quotidiennes (par exemple, refuges, habitations partagées ou communautairs) et des foyers pour personnes âgées autonomes qui ont besoin d'un refuge temporaire.

3.3 Progrès réalisés en matière de prévention

La prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées dépend d'un certain nombre de facteurs, dont la connaissance du problème, des lois et des politiques relatives au problème ainsi que des programmes mis au point pour répondre aux besoins des travaileurs sociaux, des personnes maltraitantes et des victimes. Voici un choix de diverses réponses susceptibles de contribuer à la solution du problème des mauvais traitements envers les personnes âgées.

3.3.1 Recherche

Un certain nombre d'études préparatoires réalisées au Canada ont contribué à mieux faire connaître le problème des mauvais traitements envers les personnes âgées (Bélanger, Block, Bristowe, Haley, King, McGrath, le ministère des services sociaux et communautaires de l'Ontario, Poirier, Shell, Stevenson). Une étude d'envergure sur la fréquence du problème est présentement en cours sous la direction du Ryerson Polytechnical Institute utilisant les facilités de l'Ecole de Journalisme de l'Université Carleton.

3.3.2 Sensibilisation du public

Dans plusieurs provinces, des groupes de travail et des comités ont été chargés d'étudier et de proposer des solutions au problème des mauvais traitements envers les personnes âgées. Des conférences, colloques et ateliers ont été organisés dans diverses parties du pays pour sensibiliser le public à la violence à l'endroit des personnes âgées et promouvoir une meilleure compréhension du problème (par exemple, un colloque sur les mauvais traitements envers les personnes âgées a eu lieu en avril 1988 à Ottawa et la deuxième conférence sur les mauvais traitements envers les personnes âgées, en février 1988, à Toronto).

3.3.3 Législation

La moitié des provinces canadiennes (la Nouvelle-Ecosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et l'Ile-du-Prince-Edouard) ont adopté une forme de loi spéciale concernant les mauvais traitements envers les personnes du troisième âge. Plusieurs provinces travaillent à l'élaboration de nouvelles lois ou à l'élargissement de lois existantes.

3.3.4 Programmes et projets

La mise en oeuvre de nombreux programmes et initiatives traduit une volonté des corps publics de s'attaquer au problème des mauvais traitements envers les personnes âgées au Canada. A titre d'exemple:

- Le gouvernment fédéral s'est engagé à consacrer 40 millions de dollars, par l'intermédiaire de six ministères, sur une période de 4 ans (1988-1992), pour aider à résoudre le problème de la violence familiale.

- Le programme Nouveaux Horizons de Santé et Bien-être social Canada a placé le problème des mauvais traitements envers les personnes âgées en

tête de ses priorités de financement pour une prériode de 3 ans (1987-1990) et il a déjà financé six projets, la plupart à vocation éducative.

- Le Programme d'autonomie des aîné(e)s a aussi contribué à des projets reliés aux abus à l'endroit des personnes âgées à Regina, Vancouver et Toronto.

- Le Kerby Centre de Calgary, un centre de services polyvalents pour personnes âgées, dépiste les personnes maltraitées par leur famille, étudie et vérifie les cas suspects de mauvais traitements et de négligence, intervient en cas d'urgence et prodigue des conseils aux victimes et aux personnes coupables de mauuais traitements.

- L'Advocacy Centre for the Elderly de Toronto se spécialise dans l'aide juridique aux personnes âgées à faible revenu, notamment aux victimes de toutes les formes de violence. Le Centre informe les victimes sur leurs droits et les services et ressources disponibles dans la communauté.

- Le Projet Changement de Montréal offre à ses membres des services d'aide ménagère, des services éducatifs et d'entraide communautaire, des activités sociales et des cours d'auto-défense.

- Le Committee on Abuse and Neglect de London offre des services de consultation et d'aide aux professionnels et aux organismes qui s'intéressent à la santé, à la sécurité et au bien-être des personnes du troisième âge.

3.4 Obstacles aux progrès en matière de prévention

La prévention des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées est certes un objectif irréfutable, mais il existe des obstacles réels à la mise en oeuvre des stratégies de prévention, dont les suivants:

- La politique de restriction et de réduction budgétaires est contraire à la nécessité évidente d'offrir de nouveaux services et d'élargir les services existants.

- La difficulté de modifier les attitudes sociales à l'égard de la violence et des personnes âgées et la somme d'énergie et de temps exigée pour réaliser cet objectif.

- L'absence de normes ou même de lignes directrices pour l'établissement de politiques, de protocoles d'intervention et de traitement appropriées due à notre manque de connaissances.

- La réticence des victimes, des agresseurs, des professionnels, des praticiens et de la société en général à reconnaître l'existence des mauvais traitements envers les personnes âgées.

- Le refus de nombreux professionnels des services sociaux, auxiliaires familiaux et agents de police de reconnaître que les mauvais traitements infligés aux personnes âgées sont, dans la plupart des cas, des actes

criminels et que les victimes devraient avoir droit à la même protection que les autres victimes d'actes criminels.

- Le manque de coordination entre les divers services s'adressant aux victimes et à leur famille et l'absence de services d'aide à l'intention des victimes et des personnes responsables des mauvais traitements.

- Le manque de programmes éducatifs spécialisés et de formation à l'intention ds donneurs de soins professionnels et non professionnels et toute autre personne travaillant auprès des personnes âgées.

3.5 Questions pour l'avenir

- Le problème des mauvais traitements envers les personnes âgées est-il un signe que la société et les familles sont mal préparées à faire face au nombre toujours plus grand d'adultes nécessitant des soins à long terme?

- La responsabilité financière du soin des parents âgés vivant avec leur famille ne devrait-elle pas être partagée plus équitablement entre les familles soignantes et le gouvernement?

- La loi sur le signalement obligatoire et la mise en tutelle est-elle la meilleure façon de protéger les personnes âgées et de réduire le problème des mauvais traitements? Ne serait-il pas plus efficace de prendre d'autres mesures?

- La loi sur le signalement obligatoire et la mise en tutelle nécessitera un accroissement des services offerts. Ces services seront-ils assurés?

- Tant que les personnes âgées seront perçues comme n'ayant aucun rôle ou aucune utilité au sein de notre société, réussiront-elles à avoir une meilleure opinion d'elles-mêmes et de leur valeur?

- Comment pouvons-nous modifier l'opinion publique au sujet de la violence?

BIBLIOGRAPHIE

Alberta, Senior Citizens Secretariat. Elder ABuse and Neglect (a handbook, no date).

Beck, Cornelia and Ferguson, Doris. "Aged Abuse". Journal of Gerontological Nursing, 7, (6) June, 1981:333-336.

Bookin, Deborah and Dunkle, Ruth E. "Elder Abuse: Issues for the Practitioner". Social Casework: The Journal ofContemporary Social Work. January, 1985:3-12.

Canadian Council on Social Development. Vis-a-Vis. A National Newsletter on Family Violence. Special Issue on Elder Abuse, v.6(3), Autumn 1988.

Council on Scientific Affairs. "Elder Abuse and Neglect". Journal of the American Medical Association (JAMA), 257(7), Feb.20, 1987:966-971.

Douglas, Richard L. "Opportunities for Prevention of Domestic Neglect and Abuse of the Elderly". Preventive Human Services, 3(1) Fall, 1983:135-150.

Edinberg, Mark A. "Developing and Implementing Family-Oriented Approaches in Care of the Elderly". Elder Abuse: Conflict in the Family. Edited by Karl A. Pillemer and Rosalie S. Wolf. Auburn House Publishing Company, Dover, MA. 1986:Chapter 11.

Ferguson, Doris and Beck, Cornelia. "H.A.L.F. - A Tool to Assess Elder Abuse Within the Family". Geriatric Nursing, Sept/Oct 1983:301-304.

Fulmer, Terry and Wetle, TErrie. "Elder Abuse Screening and Intervention". Nurse Practitioner, May, 1986:33-38.

Girard, Paul. "Elder Abuse and its Impact on Hospital Social Work, Victoria General Hospital, Halifax, Nova Scotia, 1985.

Hooyman, Nancy R. et al. "Serving the Vulnerable Elderly: The Detection, Intervention, and Prevention of Familial Abuse". Urban and Social Change Review, 15(2), 1982:9-13.

Hudson, Margaret and Johnson, Tanya. "Elder Neglect and Abuse: A Review of the Literature". Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 6, 1986:81-133.

Langley, Ann. "Abuse of the Elderly". Human Services Monograph Series, Number 27, September, 1981.

Moore, Terence nd Victor Thompson. "Elder Abuse: A Review of Research, Programmes and Policy". The Social Worker, 55(3) Fall, 1987:115-122.

National Film Board. Study Guide to the video "A House Divided", 1988.

O'Malley, Terrence et al. "Identifying and Preventing Family-mediated Abuse and Neglect of Elderly Persons". Annals of Internal Medicine, 98(6), 1983:998-1005.

Ontario Advisory Council on Senior Citizens. A Report on Elder Abuse, February 1986.

Palincsar, John and Crouse, Deborah. "The Physician's Role in Detecting and Reporting Elder Aubse". The Journal of Legal Medicine, 3(3), 1982:413-441.

Pillemer, Karl and Moore, David. "Abuse of Patients in Nursing Homes: Findings from a Random Sample Survey of Staff". Paper presented at the 2nd Conference on Elder Abuse, sponsored by the Toronto Mayor's Committee on Aging, Toronto, February 26, 1988. Available from the Family Research Laboratory, University of New Hampshire, Durham, N.H. 03824.

Podnieks, Elizabeth. "Elder Abuse: It's Time We Did Something About It". The Canadian Nurse, December, 1985:36-39.

Podnieks, Elizabeth. "Increasing Awareness of Indicators of Elder Abuse". Guidelines for students of nursing, Ryerson Scool of Nursing, 1985a.

Purdy, Sheila. "Elder Abuse - The Hidden Crime". Paper presented to a forum on Elder Abuse in Ottawa, April, 1988, and reprinted in the proceedings, available from the Council on Aging of Ottawa-Carleton, 256 King Edward Avenue, OTTAWA, Ontario K1N 7M1, April, 1988.

Rathbone-McCuan, Eloise and Voyles, Barbara. "Case Detection of Abused Elderly Parents". American Journal of Psychiatry, 139(2), Feb. 1982:189-192.

Sengstock, Mary C., and Sara Barrett. "Techniques of Identifying Abused Elders". Paper prepared for the XII International Congress of Gerontology, July 12-17, 1981, Hamburg, Germany. Available from the Department of Sociology or the Institute of Gerontology, Wayne State University.

Shell, Donna. Protection of the Elderly: A Study of Elder Abuse. Manitoba Association on Gerontology and Manitoba Council on Aging, 7th Floor, 175 Hargrave Street, Winnipeg, Manitoba R3C 3R8, 1982.

Steinmetz, Suzanne K. "Elder Abuse". Aging, Jan/Feb 1981:6-10.

Stevenson, Carol. Family Abuse of the Elderly in Alberta. Prepared for the Senior Citizens Bureau, October, 1985.

Tarbox, Arthur R. "The Elderly in Nursing Homes: Psychological Aspects of Neglect". Clinical Gerontologist, 1(4), 1983:39-51.

Wolf, Rosalie. "Spouse Abuse and Neglect in the Aging Family". Paper distributed at The National Conference for Family Violence Researchers, Durham, N.H., July, 1987.

4. FICHE DE RENSEIGNEMENT: DEPISTAGE ET SIGNALEMENT

4.1 Généralités

Le phénomène des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées se produit la plupart du temps dans l'intimité des familles ou des couples et touche normalement les personnes âgées isolées, dépendantes et souffrant d'incapacité. En général, la conjugaison de divers facteurs d'ordre pathologique, environnemental et familial précipite les actes de violence. Le problème se produit également dans les établissements où les personnes âgées se trouvent isolées du reste de la communauté et beaucoup plus dépendantes d'autrui.

Le dépistage et le signalement des mauvais traitements infligés aux personnes âgées sont indissociables. Sans dépistage, il ne peut y avoir de signalement. Si les victimes elles-mêmes ne signalent pas les mauvais traitements subis, il sera difficile de recueillir des données pouvant servir à l'établissement de procédures de dépistage. Enfin, si des tierces personnes négligent de signaler les mauvais traitements infligés aux personnes âgées, il sera alors difficile de définir les composantes du problème, sa répartition et d'autres caractéristiques - éléments qui permettront de sensibiliser le public et, conséquemment, de dépister les cas. Voilà donc pourquoi dépistage et signalement vont de pair.

4.2 Obstacles au dépistage et au signalement des cas

La croyance populaire voulant que la famille prenne un soin affectueux de ses membres et vénère ses aînés a toujours constitué un obstacle au dépistage des cas de mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées. Certains professionnels oeuvrant auprès des personnes âgées se montrent même incrédules devant les informations ou les preuves de l'existence du problème. De plus, ce phénomène est autorisé et perpétué en vertu de normes généralement reconnues par la société prenant le caractère sacré de la famille et son droit à la protection de la vie privée: amis, parents, agents de police et autres professionnels sont peu enclins à intervenir dans des affaires "privées".

Le plus grand obstacle au dépistage est peut-être l'attitude des victimes elles-mêmes qui, pour une foule de raisons, négligent de reconnaître, d'admettre ou de signaler les mauvais traitements. A l'instar des autres victimes de violence familiale, et en raison de la discrimination fondée sur leur âge, elles sont portées à croire qu'elles sont la principale cause des mauvais traitements et qu'elles les méritent, ou encore, elles éprouvent de la honte à admettre la violence d'un enfant ou de leur conjoint à leur égard. Dans certains cas, elles craignent des représailles de la part de la personne coupable, d'être placées dans un établissement ou qu'on n'accorde pas foi à leurs plaintes.

Les victimes âgées sont parfois incapables de signaler les mauvais traitements subis en raison d'une déficience cognitive, ou parce qu'elles manquent d'informations sur le problème, leurs droits ou les organismes d'aide en place. Pour les victimes placées en établissement, c'est parfois la sur-médication, les contraintes, la crainte des représailles ou l'incapacité de définir leur problème qui les empêchent de signaler aux autres les mauvais traitements ou la négligence dont elles sont victimes.

Comme les victimes négligent de signaler les sévices subis, il est donc évident que le dépistage des cas repose sur la volonté d'une tierce partie à intervenir et à rapporter les cas connus de violece ou ceux qu'elle suspecte. Les professionnels de la santé et les autres intervenants qui travaillent avec les personnes âgées sont les mieux placés pour dépister les cas de violence mais ils ignorent ou négligent souvent cette possibilité.

Lorsqu'une personne âgée se plaint de mauvais traitements, il arrive que les professionnels n'accordent pas d'importance à ses plaintes par scepticisme ou parce qu'ils ne sont pas conscients de la nature et de la gravité du problème ou encore, parce qu'ils mettent ça sur le compte de l'âge. Ils peuvent sauter à la conclusion que le comportement ou l'état physique de la personne est la conséquence normale du vieillissement et négligent de faire le lien entre les symptômes présentés et la possibilité de mauvais traitements. Il est très difficile de dépister les cas de mauvais traitements parce que les changements dus au vieillissement ressemblent aux symptômes de mauvais traitements. Par exemple, les ecchymoses peuvent aussi bien être dus à la fragilité accrue du système capillaire - phénomène fréquent chez les personnes âgées - qu'aux mauvais traitements.

Quant aux travailleurs sociaux, ils négligent de dépister et de signaler les cas de violence pour les raisons suivantes: premièrement, le manque d'éducation ou de formation dans le dépistage et l'évaluation des cas de mauvais traitements envers les personnes âgées; deuxièmement, l'absence d'une définition précise des mauvais traitements, basée sur l'expérience et les attitudes de divers intervenants face à ce problème, qui leur permettrait de modifier leur perception du problème; et troisièmement, l'absence de chartes d'intervention et de procédures de signalement visant à orienter leur intervention. Il serait utile d'établir des lignes directrices précises et normalisées concernant le dépistage afin d'en finir avec les différentes définitions des "mauvais traitements" utilisées part les praticiens.

La structure organisationnelle des organismes offrant des services aux personnes du troisième âge est également un obstacle au dépistage. Les services sont tellement fragmentés et spécialisés que les professionnels des diverses disciplines ont tendance à se concentrer seulement sur les formes de mauvais traitements rencontrées dnas leur milieu professionnel. Par exemple, le principal intérêt du personnel infirmier et médical étant la santé physique de leurs patients, il est donc plus en mesure de dépister les mauvais traitements d'ordre physique. Les centres de services polyvalents et les départements d'urgence des hôpitaux, qui peuvent compter sur une expertise inter-disciplinaire, sont ceux qui réussisent le mieux à dépister et à signaler les cas de mauvais traitements.

Même lorsqu'ils soupçonnent des cas de mauvais traitements, certains professionnels négligent parfois de les signaler pour une foule de raisons: ils ne souhaitent pas enfreindre le droit des personnes âgées à la protection de la vie privée et à l'auto-détermination; ils ne sont pas certains d'avoir le droit d'alerter les autorités compétentes; ils craignent peut-être les conséquences juridiques en cas de diagnostic erronné; ils peuvent décider que cela ne vaut pas la peine de signaler le cas lorsqu'il n'existe pas de services ni de ressources susceptibles de venir en aide à la victime.

Face à cette négligence à signaler les mauvais traitements, certaines provinces ont adopté la clause du signalement obligatoire. Même si cette dernière vise à aider les personnes âgées maltraitées, elle est loin de faire l'unanimité pour les raisons suivantes elle enfreint les droits des personnes âgées en possession de leurs moyens; elle ne s'est pas avérée efficace pour recueillir des données sur le problème; elle repose sur des définitions trop larges et variées; enfin, le signalement entraîne fréquemment le placement en établissement des personnes maltraitées.

4.3 Eléments d'une stratégie de dépistage et de signalement des cas

- Formuler une définition claire, complète et universellement acceptée des mauvais traitements sous toutes leurs formes.

- Sensibiliser le public et les professionnels au processus normal du vieillissement, aux signes de mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées, aux facteurs susceptibles de précipiter la survenance des mauvais traitements et aux ressources disponibles face à ce problème.

- Sensibiliser l'opinion publique au phénomène du vieillissement et au problème de la violence à l'endroit des personnes âgées par l'intermédiaire des médias, des églises et des groupements de personnes du troisième âge.

- Etablir des protocoles d'intervention en matière de dépistage et des procédures de signalement valables et fiables à l'intention des organismes communautaires, des organismes de santé et des établissements pour personnes âgées. Enseigner aux intervenants comment les utiliser convenablement.

- Intensifier le dialogue entre les professionnels des différentes disciplines pour les sensibiliser davantage aux nombreux signes de mauvais traitements et faciliter ainsi le dépistage précoce.

- Multiplier les services aux personnes âgées, en faciliter l'accès et en assurer la coordination. Les équipes pluridisciplinaires d'intervenants oeuvrant dans les hôpitaux et les organismes communautaires peuvent assurer des services coordonnés et complets.

- Etablir des procédures pour la cueillette systématique, dans les organismes au service des personnes du troisième âge, de donnés sur les mauvais traitements à l'égard de ces dernières.

- Rendre le signalement des cas de mauvais traitements obligatoire dans les établissements afin de permettre au personnel de rapporter les cas sans craindre de mise à pied ou de harcellement de la part de leur employeur.

- Adopter une loi sur la tutelle permettant la substitution des pouvoirs décisionnels pour protéger les adultes mentalement incapables de prendre soin d'eux-mêmes.

- Mettre au point des lignes directrices pour aider les agents de police à mener des enquêtes sur les cas de mauvais traitements à l'égard des personnes âgées et à engager des poursuites.

- Organiser une liaison téléphonique permanente à l'intention des agresseurs potentiels, des personnes âgées vulnérables et d'autres personnes comme les infirmières-hygiénistes) qui sont en mesure de dépister des cas potentiels de mauvais traitements.

- Encourager la formation de réseaux naturels d'aide en sensibilisant les "protecteurs" (postiers, marchands locaux), les amis, les voisins et les parents aux signes de mauvais traitements, aux procédures de signalement et aux organismes d'aide compétents.

- Adapter les programmes de surveillance du voisinage dans le but de permettre le dépistage des cas de mauvais traitements à l'égard des personnes âgées.

4.4 Progrès réalisés en matière de dépistage et de signalement des cas

- Plus de la moitié des provinces canadiennes (la Nouvelle-Ecosse, le Nouveau-Brunswick, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et l'Ile-du-Prince-Edouard) ont rédigé des textes de loi relatifs aux mauvais traitements envers les personnes âgées. Plusieurs provinces travaillent à la rédaction ou à l'élargissement d'ensembles de lois.

- La Loi sur les maisons de soins infirmiers de l'Ontario a été modifiée en 1987 pour obliger toute personne, autre qu'un résident, qui a des motifs raisonnables de soupçonner une conduite illégale ou la prestation de soins inadéquats, à signaler les mauvais traitements infligés à un résident.

- L'Ile-du-Prince-Edouard a élaboré, en 1987, une charte d'intervention dans le but d'aider les aides familiales à reconnaître les situations où une personne âgée se trouve menacée et à intervenir.

- Le Edmonton Interagency Group on Elder Abuse, un comité pluridisciplinaire composé de professionnels et de profanes, prépare une définition des mauvais traitements envers les personnes âgées, des chartes d'intervention auprès des personnes âgées victimes de mauvais traitements.

- L'Advocacy Centre for the Elderly de Toronto a mis la dernière main à un manuel de formation destiné à l'Ecole de police de l'Ontario pour rensei-

gner les agents de police sur la violence à l'endroit des personnes âgées, les types d'actes criminels et les textes législatifs, autres que le Code criminel, pouvant les aider à secourir les victimes.

- Le Kerby Centre de Calgary, un centre de services polyvalents pour les personnes âgées, s'est lancé dans un projet visant à dépister les personnes âgées victimes de mauvais traitements en cherchant, chez ses clients, des signes de rapports familiaux empreints de violence.

- Divers groupes tels que la Manitoba Society of Seniors, dirigé par des personnes âgées, et un comité de bénévoles du troisième âge de Toronto participant au projet de sensibilisation aux mauvais traitements envers les personnes âgées, s'efforcent de sensibiliser le public au problème des mauvais traitements à l'endroit des personnes âgées au moyen d'articles et d'allocutions. Des conférences et des ateliers sur ce problème sont organisés à travers le Canada dans le but de sensibiliser la population à ce problème, particulièrement les personnes qui travaillent auprès de personnes du troisième âge.

- Des aides visant à sensibiliser le public au phénomène des mauvais traitements envers les personnes âgées sont offertes sous forme de films (Office national du film) et de trousses d'information (Centre national d'information sur la violence dans la famille).

4.5 Obstacles aux progrès en matière de dépistage

- L'absence d'entente sur une définition normalisée des mauvais traitements envers les personnes âgées sous toutes leurs formes.

- La nature cachée du problème des mauvais traitements et la difficulté à faire participer des tierces parties en mesure de dépister et de rapporter les cas de violence.

- L'absence de protocoles d'intervention en matière de dépistage et de procédures de signalement visant à faciliter l'identification des cas par des professionnels et des dispensateurs de services.

- Les aptitudes requises pour le dépistage et l'évaluation par les intervenants qui travaillent auprès des personnes âgées pour déterminer si les problèmes d'ordre physique, mental ou financier sont causés par les mauvais traitements ou s'ils sont simplement liés au processus normal du vieillissement.

- La réticence des personnes âgées victimes de violence de parler de leur problème ou d'admettre qu'elles sont maltraitées même lorsqu'il existe des soupçons.

- L'absence de législation, ce qui permet à l'agresseur d'interdire aux professionnels l'accès à la maison de la victime et empêche l'évaluation et le traitement.

- La fragmentation des services actuellement offerts aux personnes âgées retarde le signalement et le dépistage des cas de mauvais traitements.

4.6 Questions pour l'avenir

- Etant donné que la plupart des personnes âgées sont en possession de leurs moyens et capables de prendre seules des décisions, avons-nous le droit d'enfreindre leur droit à la liberté et à l'indépendance par le biais de lois sur le signalement obligatoire et sur la protection des adultes?

- Comment pouvons-nous minimiser les conséquences du signalement obligatoire des cas de mauvais traitements envers les personnes âgées? Pouvons-nous nous assurer que le signalement obligatoire n'entraînera le placement inapproprié des victimes dans des établissements?

- La loi sur le signalement obligatoire ne fera-t-elle pas naître le faux espoir que les services d'aide et de suivi sont disponibles?

- Les organismes de prévention du crime devraient-ils traiter les cas de violence à l'endroit des personnes âgées comme une forme distincte de violence?

- Comment pouvons-nous multiplier les contacts des personnes âgées avec l'extérieur et les rendre plus visibles aux yeux des dispensateurs de services?

- Comment pouvons-nous convaincre les personnes âgées victimisées qu'elles ne sont pas la principale cause des mauvais traitements et qu'elles ne les "méritent" pas?

- Comment pouvons-nous offrir aux personnes âgées des services plus accessibles, plus nombreux et mieux coordonnés?

- Comment pouvons-nous sensibiliser davantage les personnes âgées au phénomène des mauvais traitements, à leurs droits et aux solutions possibles?

BIBLIOGRAPHIE

Bookin, Deborah and Dunkle, Ruth E. "Elder Abuse: Issues for the Practitioner". Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work. January 1985:3-12.

Council on Scientific Affairs. "Elder Abuse and Neglect". Journal of the American Medical Association (JAMA), 257 (7), Feb. 20, 1987:966-971.

Ferguson, Doris and Beck, Cornelia. "H.A.L.F. - A Tool to Assess Elder Abuse Within the Family". Geriatric Nursing. Sept/Oct 1983:301-304.

Fulmer, Terry and Wetle, Terrie. "Elder Abuse Screening and Intervention". Nurse Practitioner, May 1986:33-38.

Hooyman, Nancy R. and al. "Serving the Vulnerable Elderly: The Detection, Intervention, and Prevention of Familial Abuse". Urban and Social Change Review, 15(2), 1982:9-13.

Hudson, Margaret and Johnson, Tanya. "Elder Neglect and Abuse: A Review of the Literature". Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 6, 1986:81 133.

Langley, Ann. "Abuse of the Elderly". Human Services Monograph Series. 27, September, 1981.

Ontario Advisory Council on Senior Citizens. A Report on Elder Abuse. February 1986.

Pillemer, Karl and Moore, David. "Abuse of Patients in Nursing Homes: Findings from a Random Sample Survey of Staff". Paper presented at the 2nd Conference on Elder Abuse, sponsored by the Toronto Mayor's Committee on Aging, Toronto, February 26, 1988. Available from the Family Research Laboratory, University of New Hampshire, Durham, N.H. 03824.

Podnieks, Elizabeth. "Elder Abuse: It's Time We Did Something About It". The Canadian Nurse, December 1985:36-39.

Podnieks, Elizabeth. "Increasing Awareness of Indicators of Elder Abuse". Guidelines for students of nursing, Ryerson School of Nursing, 1985a.

Purdy, Sheila. "Elder Abuse - The Hidden Crime. Paper presented to a forum on Elder Abuse in Ottawa, April, 1988, and reprinted in the proceedings, available from the Council on Aging of Ottawa-Carleton, 256 King Edward Avenue, OTTAWA, Ontario K1N 7M1, April 1988.

Rathbone-McCuan, Eloise and Voyles, Barbara. "Case Detection of Abuse Elderly Parents". American Journal of Psychiatry, 139 (2), February 1982:189-192.

Ross, Margaret. "Elder Abuse: Implications for Professional Practice". Proceedings of the Forum on Elder Abuse, April 1988. Council on Aging of Ottawa-Carleton, 1988.

Saskatchewan, Government of. Elder Abuse Work Group of the Standing Inter-departmental Co-ordinating Committee on Aging. Elder Abuse: A Discussion Paper, 1986.

Sengstock, Marcy C., and Barrett, Sara. "Techniques of Identifying Abused Elders". Paper prepared for the XII International Congress of Gerontology, July 12-17, 1981, Hamburg, Germany. Available from the Department of Sociology or the Institute of Gerontology, Wayne State University.

Steinmetz, Suzanne K. "Elder Abuse". Aging, Jan/Feb 1981:6-10.

Stevenson, Carol. Family Abuse of the Elderly in Alberta. Prepared for the Senior Citizens Bureau, October, 1985.

Tarbox, Arthur R. "The Elderly in Nursing Homes: Psychological Aspects of Neglect". Clinical Gerontologist, 1 (4), 1983:39-51.